

PRURIGO SIMPLEX SUBACUTA

INGRID FÜSGEN

1987

Disbui. München

1987





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Dermatologischen Klinik und Poliklinik
der Universität München

Vorstand: Prof.Dr.med.Dr.h.c.O.Braun-Falco

PRURIGO SIMPLEX SUBACUTA

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ingrid Füsgen
aus Düsseldorf-Benrath

1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter: Prof.Dr.Dr.h.c.O.Braun-Falco

Mitberichterstatter: Prof.Dr.Dr.Dr.I.Rentschler

Dekan: Prof.Dr.med.W.Spann

Tag der

mündlichen Prüfung: 29.10.1987

1.	Einleitung	1
----	------------	---

1.1.	Einleitung	1
------	------------	---

1.2.	Einleitung	1
1.3.	Einleitung	1

1.4.	Einleitung	1
------	------------	---

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

1.5.	Einleitung	1
------	------------	---

1.6.	Einleitung	1
1.7.	Einleitung	1

1.8.	Einleitung	1
------	------------	---

1.9.	Einleitung	1
------	------------	---

1.10.	Einleitung	1
-------	------------	---

1.11.	Einleitung	1
-------	------------	---

1.12.	Einleitung	1
-------	------------	---

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. EINLEITUNG	1
1.1. Begriff der Prurigo simplex subacuta	1
1.2. Diagnostische Leitlinien der Prurigo simplex subacuta	1
1.3. Einordnung der Prurigo simplex subacuta im Rahmen der Krankheitsgruppe Urtikaria - Prurigo simplex acuta - Prurigo simplex chronica - Prurigo nodularis Hyde	3
1.4. Synonyme	7
1.5. Kurze Darstellung der Prurigo simplex subacuta in der Literatur	9
1.6. Problemstellung	11
2. PATIENTENGUT UND UNTERSUCHUNGSMETHODEN	12
3. ERGEBNISSE	13
3.1. Anamnese	13
3.1.1. Alters- und Geschlechtsverteilung	13

	Seite
3.1.2. Ernährungszustand	14
3.1.3. Stationärer Aufenthalt	14
3.1.4. Krankheitsdauer	14
3.1.5. Familienanamnese auf Atopie	15
3.1.6. Eigenanamnese auf Atopie	15
3.1.7. Allergieanamnese	15
3.1.8. Medikamentenanamnese	15
3.1.9. Medikamentenanamnese der vorher angewandten Therapeutika für die Prurigo simplex subacuta	16
3.1.10. Verstärkung des Juckreizes	16
3.1.11. Auftreten und Verschlechterung der Prurigo simplex subacuta	17
3.1.12. Besserung oder Abheilung der Prurigo simplex subacuta	17
3.2. Hautbefunde	17
3.2.1. Lokalisation der Prurigo-Effloreszenzen	17
3.2.2. Seborrhoe / Sebestase	18

	Seite
3.2.3. Dermographismus	19
3.2.4. Atopiezeichen	19
3.2.5. Hautkrankheiten, die zusätzlich bestanden	19
3.3. Untersuchungsbefunde	19
3.3.1. Routinelaborwerte	19
3.3.1.1. Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	20
3.3.1.2. Blutbild, Blutchemie und Urinstatus	20
3.3.2. Stuhluntersuchung auf Wurmeier	20
3.3.3. Mykologische Stuhluntersuchung	20
3.3.4. Epidermophytie / Onychomykose	21
3.3.5. Histologischer Befund	21
3.3.6. Direkte Immunfluoreszenz	21
3.3.7. Immunstatus	22
3.3.8. Serologische Untersuchungen	22
3.3.9. Immunglobuline G, A, M	22

	Seite
3.3.10. Komplement	23
3.3.11. Indirekte Immunfluoreszenz	23
3.3.12. Gesamt-IgE	23
3.3.13. Allergenspezifische IgE-Antikörper	23
3.3.14. Prick- und Epikutan-Testungen	24
3.4. Gleichzeitig bestehende Krankheiten und Störungen	25
3.4.1. Gynäkologische Störungen	26
3.4.2. Störungen des männlichen Genitales	26
3.4.3. Stoffwechselstörungen	26
3.4.4. Herz- und Kreislauf-Störungen	27
3.4.5. Magen-Darm-Störungen	27
3.4.6. Störungen der Leber-Galle-Funktion	27
3.4.7. Blasen-Nieren-Störungen	28
3.4.8. Fokalinfektionen	28
3.4.9. Veränderungen aus dem psychiatrischen Formenkreis	28

	Seite
3.4.10. Psychische Auffälligkeiten und Artefakttendenz	29
3.4.11. Sonstige Störungen	29
3.5. Differentialdiagnosen bei Entlassung	30
3.6. Therapie	30
 4. DISKUSSION	 31
 4.1. Anamnese	 31
4.1.1. Alters- und Geschlechtsverteilung	31
4.1.2. Ernährungszustand	34
4.1.3. Krankheitsdauer	34
4.1.4. Medikamentenanamnese	34
4.1.5. Verstärkung des Juckreizes	35
4.1.6. Auftreten und Verschlechterung der Prurigo simplex subacuta	35
4.1.7. Besserung und Abheilung der Prurigo simplex subacuta	36



	Seite
4.2.	Hautbefunde 36
4.2.1.	Lokalisation 36
4.2.2.	Seborrhoe / Sebostase 37
4.2.3.	Hautkrankheiten, die zusätzlich bestanden 38
4.3.	Untersuchungsbefunde 38
4.3.1.	Histopathologie 38
4.3.2.	Untersuchungen zur direkten Immun- fluoreszenz und indirekten Immunfluoreszenz 39
4.4.	Atopie 39
4.5.	Allergiehinweise 40
4.6.	Gleichzeitig bestehende Krankheiten und Störungen 41
4.6.1.	Störungen der Sexualorgane 41
4.6.1.1.	Gynäkologische Störungen 41
4.6.1.2.	Störungen des männlichen Genitales 43
4.6.2.	Magen-Darm-Störungen 44

	Seite
4.6.4. Stoffwechselstörungen	46
4.6.5. Infestation	48
4.6.6. Fokalinfektionen	48
4.6.7. Psychische Auffälligkeiten und Störungen aus dem psychiatrischen Formenkreis	50
4.6.8. Sonstige Störungen	51
4.7. Therapie	51
5. ZUSAMMENFASSUNG	53
6. LITERATURVERZEICHNIS	55
7. DATENANHANG	63
8. DANKSAGUNG	94
9. LEBENSLAUF	95

1. EINLEITUNG

1.1. Begriff der Prurigo simplex subacuta

Die Prurigo simplex subacuta gehört zu den Prurigoerkrankungen.

Unter den Prurigoerkrankungen versteht man stark juckende Dermatosen, deren Primäreffloreszenzen urtikarielle Seropapeln, urtikarielle Papeln oder persistierende papulös-nodöse Elemente darstellen. Diese werden zerkratzt oder gekratzt (8).

Insbesondere die Prurigo simplex subacuta, als subchronisch entzündliche Dermatoze, zeigt eine typische Juckreizanamnese und ein typisches Erscheinungsbild auf welches nachfolgend näher eingegangen wird.

1.2. Diagnostische Leitlinien der Prurigo simplex subacuta

Folgende diagnostische Leitlinien lassen sich aufstellen (8):
Beachtung der Prädilektionsstellen; diese sind:

Symmetrischer Befall der Streckseiten der Oberarme, pelrenenartig die obere Rückenpartie, die Außenseiten der Oberschenkel und die Brustregion.

Handinnenflächen, Fußsohlen und Schleimhäute bleiben immer verschont.

Die frischen Primäreffloreszenzen sind kleine mückenstichartige urtikarielle Papeln oder Seropapeln. Die Sekundäreffloreszenzen sind zerkratzte hämorrhagisch krustöse Effloreszenzen und die Residualeffloreszenzen, depigmentierte zentral atrophische Flecken mit hyperpigmentiertem Randsaum.

Die frischen Primäreffloreszenzen jucken quälend, so daß diese meist sofort aufgekratzt werden. Der Juckreiz sistiert sofort, wenn es blutet. Kratzeffekte an klinisch gesunder Haut fehlen. Aus diesem Grund ergibt sich ein dimorphes Bild an den Prädilektionsstellen, das aus zerkratzten Primäreffloreszenzen und Residualeffloreszenzen besteht.

Lichenifikation fehlt stets, zumeist auch Impetigenisation.

Schwierigkeiten bei der Abgrenzung der Prurigo simplex subacuta können die symptomatischen Prurigiformen bereiten. Eine gründliche äußerliche und innerliche Durchuntersuchung ist hier sehr wichtig.

Prurigiform des atopischen Ekzems:

- Typische Erscheinungen von atopischer Dermatitis treten in Kombination mit Prurigopapeln auf.
Das Bild ist polymorph.

Prurigiform der Dermatitis herpetiformis:

- Polymorphes herpetiformes Bild mit Prurigopapeln.

Prurigo aestivalis:

- Prurigopapeln sind nur an lichtexponierten Hautstellen zu finden und zeigen Saisongebundenheit.

Prurigiformen bei innerlichen Krankheiten:

- z.B. bei Diabetes, bei lymphatischer Leukämie, bei Lymphogranulomatose, bei hormonellen Störungen.

- 1.3. Einordnung der Prurigo simplex subacuta im Rahmen der Krankheitsgruppe Urtikaria - Prurigo simplex acuta - Prurigo simplex chronica - Prurigo nodularis Hyde.

Kogoj (31) geht bei der Einordnung der Prurigo simplex subacuta von der Elementaromorphe aus. Sein Leitmotiv ist, daß die Bezeichnung Prurigo nur derjenigen Dermatose zukommen kann, deren Kennzeichen das Prurigoknötchen, d.h. Seropapel ist.

Die Prurigo simplex acuta stellt eine Verbindung zwischen der Urtikaria und der Prurigo simplex subacuta dar, da Kogoj (31) hier einen Übergang der Primäreffloreszenzen Quaddel und Seropapel sieht.

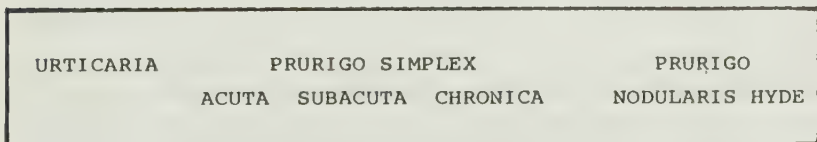
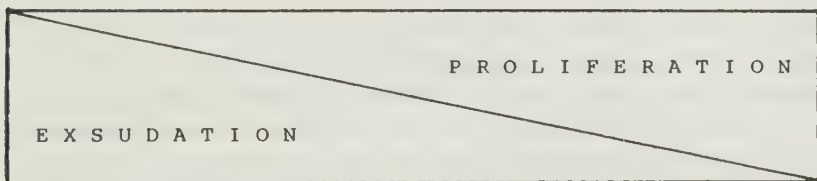


Abb. 1: Einordnung der Prurigo simplex subacuta

Die Primäreffloreszenz der Urtikaria bildet die Quaddel, welche das Resultat eines umschriebenen Ödems in der oberen Dermis infolge von Erweiterung und Permeabilitätssteigerung der Blutgefäße mit Austritt von Blutplasmabestandteilen ist. Der Bestand der Quaddel ist nur sehr kurz (meist drei bis acht Stunden), da das umschriebene Ödem sehr bald wieder resorbiert wird. Histologisch findet man das Ödem im Stratum papillare und im Stratum reticulare. Besonders bei länger persistierenden Effloreszenzen findet man vorwiegend perivaskulär eine locker gefügte zelluläre Reaktion aus Lymphozyten, gelegentlich auch neutrophilen Granulozyten und Eosinophilen. Hierdurch wird die starke exsudative-entzündliche Reaktion deutlich (8).

Die Prurigo simplex acuta steht der Urtikaria am nächsten (8, 31). Schönfeld (48) bezeichnet den Strophulus (Synonym für Prurigo simplex acuta) als eine Frühform der Nesselsucht. Der gleichen Ansicht ist Fleck (14).

Die Primäreffloreszenz der Prurigo simplex acuta bildet eine Quaddel, aus welcher bzw. an deren Stelle sich ein kleines Knötchen mit einem winzigen serösen Bläschen an seiner Spitze entwickelt und eine Seropapel ergibt. Durch diese Zweiphasigkeit ihrer Effloreszenz weist die Prurigo simplex acuta eine Bindung zur Urtikaria in ihrer ersten kürzeren Quaddelphase und eine Bindung zur Prurigo in ihrer zweiten längeren, einige Wochen dauernden Phase auf (31). Histologisch präsentiert sich die frische Seropapel als intraepidermales subkorneales Bläschen und Ödem im Papillarkörper neben einem geringfügigen entzündlichen, vorwiegend lymphozytär eosinophilen, perivaskulären Infiltrat im oberen Korium. Nach Zerkratzen zeigt die Effloreszenz Neigung zu reaktiver leicht akanthotischer Epidermisverdickung mit zentraler Verkrustung und stärkerer lymphozytärer Reaktion.

Aufgrund dieser noch stärker exsudativen entzündlichen Reaktion ist die enge Beziehung zur Urtikaria leicht zu erkennen (8).

Der Unterschied zwischen der Prurigo simplex acuta und Prurigo simplex subacuta besteht hauptsächlich in einem verschiedenen Mengenverhältnis zwischen seröser Exsudation und zelluärer Infiltration (3, 31).

Bei der Prurigo simplex subacuta tritt bereits die zeitlich nachfolgende zelluläre Entzündung hervor. Die Primäreffloreszenz als mückenstichartige, urtikarielle Papel oder Seropapel wird sehr schnell zerkratzt, so daß sie selten beobachtet werden kann. Im Vordergrund stehen die Sekundäreffloreszenzen als zerkratzte hämorrhagische krustöse Effloreszenzen, welche als depigmentierte zentral atrophische Flecken mit hyperpigmentiertem Randsaum abheilen (8).

Die Histologie entspricht dem jeweiligen Entwicklungsstadium. Die Primäreffloreszenz entspricht wieder der Seropapel. Im weiteren Verlauf kommt es zu einem sub- bzw. intrakornealen Bläschen, das neutrophile, manchmal auch eosinophile Leukozyten enthält. Die zerkratzte Effloreszenz zeigt den Epidermisseffekt mit Krusten bedeckt, epidermale Regeneration mit akanthotischer Verdickung der Epidermis, starke Gefäßerweiterung, Ödem und eine mehr histiozytär-fibroblastische Reaktion (8).

Fleck, Kogoj, Gloor und Schnyder (14, 17, 31, 47) sind der Ansicht, daß die Prurigo simplex chronica der Prurigo simplex subacuta sehr nahe steht und sich von ihr durch ihre jahrelange Dauer unterscheidet. Vergleicht man jedoch das klinische und histologische Bild dieser beiden Krankheiten, so

erkennt man, daß die zeitlich nachfolgende zelluläre Entzündung hier noch stärker als bei der Prurigo simplex subacuta im Vordergrund steht.

Die Primäreffloreszenz, d.h. eine harte Seropapel oder eine urtikarielle Papel, der stets ein erythematischer Hof fehlt, kann man nur sehr selten sehen (8). Die gekratzten Effloreszenzen heilen jedoch nicht, im Gegensatz zur Prurigo simplex subacuta narbig ab, sondern entwickeln sich zu ebenfalls stark juckenden entzündlichen kalottenförmigen Knoten ohne Regressionstendenz. Histologisch ist eine Hyperakanthose, Hyper- und stellenweise Parakeratose zu sehen und eine Hyperpapillomatose mit vorwiegend gefäßgebundener lymphozytärer Reaktion in der oberen und mittleren Dermis. Dadurch daß die zellulär-entzündliche Reaktion mit Epidermisproliferation das klinische und histologische Bild dieser Erkrankung viel stärker prägt als das der Prurigo simplex subacuta, läßt sie sich sehr wohl von der Prurigo simplex subacuta abgrenzen.

Bei der Prurigo nodularis Hyde taucht die Frage auf, ob sie überhaupt noch zu den Prurigokrankheiten zu zählen ist.

Ein wirklich typisches Prurigoknötchen (Seropapel) als diagnostisches Leitsymptom wird hier nicht mehr gefunden. Für Kogoj (31) ist durch diese Feststellung die viel umstrittene Frage geklärt, daß die Prurigo nodularis Hyde nicht zur Prurigogruppe gehören kann.

Braun-Falco (8) beschreibt die Primäreffloreszenz als kalottenartiges Knötchen und Knoten mit hyperpigmentiertem Randsaum. Sekundäreffloreszenzen und Spontanregressionen einzelner Effloreszenzen fehlen. Er weist auf die histologische Ähnlichkeit mit dem Lichen simplex chronicus hin.

Auch Korting und Denk (33) heben die Prurigo nodularis Hyde histologisch aus der übrigen Zahl der Prurigoformen heraus. Bei kaum einer anderen juckenden Dermatoze ist eine derartige Vermehrung von nervösem Leitgewebe mit Auftreten von körperchenartigen Gebilden z.B. von Schwannomcharakter festzustellen.

Tritsch und Kantner (49) weisen darauf hin, daß diese Vermehrung des nervösen Leitgewebes und körperchenartiger Gebilde in keinem ihrer untersuchten Fälle von Prurigo simplex subacuta vorgekommen sei.

Die Exsudation tritt bei der Prurigo nodularis Hyde also ganz in den Hintergrund.

Aufgrund dieser Aufstellung wird deutlich, daß in der Reihenfolge Urtikaria - Prurigo simplex acuta - Prurigo simplex subacuta - Prurigo simplex chronica und Prurigo nodularis Hyde die Exsudation abnimmt und die Proliferation zunimmt, so daß die Einordnung der Prurigo simplex subacuta zwischen der Prurigo simplex acuta und der Prurigo simplex chronica berechtigt ist.

1.4. Synonyme

Der Begriff der Prurigo wird in der Dermatologie häufig verwendet (28). Eine uneinheitliche Nomenklatur steht hier einer klaren Ordnung entgegen; besonders schwierig und undurchsichtig ist die Prurigo simplex subacuta (21).

Lutz (37) spricht 1963 davon, daß das Kapitel der Prurigo eine solche Verwirrung der Begriffe aufweist, wie kaum ein anderes Kapitel in der Dermatologie. Dieser Meinung sind auch Kogoj 1962 (32) und Winkler 1927 (53).

Sicherlich haben diese Aussprüche auch heute noch ihre Berechtigung. So schreibt Hundeiker 1986 (28), daß eine allgemein gültige Definition für die Prurigokrankheiten noch nicht gefunden worden ist.

Die Bezeichnung der Prurigo simplex subacuta geht auf Brocq (9) zurück. Die Gegenüberstellung der unterschiedlichen Benennungen der Prurigo aus den bisher veröffentlichten Arbeiten und Beiträgen weist darauf hin, daß den einzelnen Autoren die Herausstellung der Beziehung zur Urtikaria, zu den Prurigo- oder Lichen-Erkrankungen, maßgebend waren (6). In der folgenden Tabelle werden diese Synonyme aufgeführt, die Eingang in die neuere Literatur gefunden haben.

Tabelle 1: Synonyme für Prurigo simplex subacuta

Synonyme	Autoren
Lichen Vidal urticatus	Greither und Tritsch 1958 (23)
Prurigo simplex subacuta	Bohnstedt 1959 (3) Kogoj 1961 (31) Lutz 1963 (37) Tritsch und Kantner 1963 (49) Zaun 1965 (56) Schirren 1967 (46) Hoischen 1966 (26) Mali 1967 (38) Greither 1970 (20) Schnyder 1973 (47) Gloor und Schnyder 1980 (17) Braun-Falco 1984 (8)
Urtikaria papulosa chronica	Höfs 1950 (25) Gertler 1956 (16) Fleck 1959 (14) Braun-Falco 1961 (6) Korting und Denk 1974 (33)
Subacute Prurigo	Burton 1986 (11) Jorizzo 1981 (29)

1.5. Kurze Darstellung der Prurigo simplex subacuta in der Literatur

Die Prurigo simplex subacuta hat bis heute trotz ihres relativ häufigen Vorkommens wenig Beachtung in der Literatur gefunden. Besonders in den letzten 10 Jahren ist sie literarisch ziemlich vernachlässigt worden. Bei Durchsicht der Literatur fiel auf, daß zu der viel seltener vorkommenden Prurigo nodularis Hyde immer wieder Arbeiten geschrieben worden sind. So hat der Ausspruch von Bohnstedt, der ca. 30 Jahre zurückliegt, "Die Prurigo simplex subacuta führe ein Stiefkinddasein in der Dermatologie" (3) sicherlich auch heute noch volle Gültigkeit.

In einigen neueren Lehrbüchern der Dermatologie wird dieses Krankheitsbild nicht einmal erwähnt (12, 13, 41). Besondere Beachtung hingegen findet in den Lehrbüchern von Fitzpatrick (13), Moschella (41) und Rook (43) die "Papular Urticaria", welche bei Kindern vorkommt und durch Insektenstiche hervorgerufen sein soll.

Auch Jorizzo (29) hebt hervor, daß in der amerikanischen Literatur der Begriff der subacuten Prurigo nicht ausgedrückt wird.

Das klinische Bild der Prurigo simplex subacuta ist jedoch heute fest umrissen und morphologisch einwandfrei zu erfassen.

Die Primäreffloreszenz wird meist als Seropapel angegeben (8, 20, 32, 33, 37, 46). Anderer Meinung sind japanische Autoren (50), welche bei 28 Patienten die Primäreffloreszenzen untersuchten. Sie fanden stets nur eine Papel, aber

keine Bläschen an deren Spitze und beurteilten die epidermalen Veränderungen eher ekzematoid.

Auch über die Sekundärveränderungen und den typischen Juckreiz, der auf die Effloreszenzen beschränkt ist, herrscht weitgehende Einigkeit.

Als Lokalisation wird meist der symmetrische Befall der Streckseiten der Extremitäten, pelerinenartig die obere Rückenpartie und Brustregion, selten das Gesicht angegeben. Frauen mittleren Lebensalters sind vorwiegend betroffen (8, 11, 17, 30).

Die histologische Beschreibung ist in den Lehrbüchern und im Handbuch (8, 17, 32, 46) entsprechend den Stadien der Effloreszenzen übereinstimmend. Nur Ofuij und Uehara (50) fanden bei ihren Untersuchungen, daß sich im Zentrum immer ein Haar befindet.

Über die Ätiopathogenese werden meist nur Vermutungen angestellt. Wahrscheinlich handelt es sich um eine polyätiologische Reaktionsweise (8, 17). Schirren (46) stützt sich auf die Untersuchungen von Bohnstedt (3) und Paetzold (42). Er nimmt Magen-Darm-Störungen und Störungen anderer Organe z.B. Sexualorgane (3, 7) als Ursache an. Burton (11) ist der Meinung, die Ätiopathogenese sei unbekannt. Er gibt nur an, die Patienten würden unter Streß stehen und hätten oft psychische Schwierigkeiten.

Als Therapie werden meist die Beseitigung der Ursachen, soweit diese gefunden wurden (8, 17, 46), sowie juckreizlindernde Maßnahmen angegeben.

Als Sonderform wird insbesondere die Prurigo gestationis als "Prurigo simplex subacuta in der Schwangerschaft" genannt, welche nach der Entbindung abheilt (2, 8).

Die Acne urticata wird als Manifestation der Prurigo simplex subacuta ausschließlich im Gesicht im Lehrbuch von Braun-Falco (8) aufgeführt. Sie soll hauptsächlich bei jungen Frauen und adoleszenten Mädchen mit psychischer Labilität vorkommen. Rook, Savin und Wilkinson (44) bezeichnen als Acne urticata das Vorkommen der Prurigo simplex subacuta im Gesicht und zusätzlich an den Streckseiten der Arme, Nacken und Schulter. Auch Salfeld (45) gibt zusätzlich bei der Lokalisation Stirn, Wangen, Kinn, behaarter Kopf, untere und obere Extremitäten an.

1.6. Problemstellung

Bei der Prurigo simplex subacuta handelt es sich um eine Krankheit, die den Patienten aufgrund ihres starken Juckreizes beeinträchtigt. Meist nimmt die Krankheit einen chronischen Verlauf und die Therapie muß sich auf symptomatische Maßnahmen beschränken, da die Ätiologie und Pathogenese bis heute nicht gesichert ist. Dies führt zur Frage, welche Untersuchungen und Organbefunde sind für Prurigo simplex subacuta-Patienten von Bedeutung. Läßt sich ein einheitlicher Frage- und Untersuchungsbogen für diese Patienten aufstellen?

2. PATIENTENGUT UND UNTERSUCHUNGSMETHODEN

Von Anfang 1976 bis Sommer 1986 wurden 94 Patienten wegen einer Prurigo simplex subacuta in der Dermatologischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München stationär behandelt.

Dieses Patientengut wurde retrospektiv untersucht. Zunächst wurde die zentrale Patientendatei auf folgende Diagnosen und ihre Synonyme durchgesehen:

Prurigo simplex subacuta, Urticaria papulosa chronica, Prurigo simplex acuta et subacuta adultorum, Strophulus adultorum, Lichen urticatus, Lichen Vidal urticatus, Prurigo gestationis, Acne urticata.

Die Krankenblätter dieser Patienten wurden genau studiert. Hierbei wurde versucht, möglichst vollständig Anamnese und Untersuchungsbefunde auszuwerten und die Daten über:

Alter, Geschlecht, Ernährungszustand, Krankheitsdauer, Medikamenteneinnahme, Atopie, Allergiehinweise, Befunde zur Prurigo simplex subacuta, histologische Befunde, Laboruntersuchungen, zusätzlich bestehende Krankheiten und Therapie zu erfassen.

Nachfolgend wurden die Ergebnisse der Auswertung der Krankenblätter mit Angaben aus der Literatur verglichen.

3. ERGEBNISSE

Schwierigkeiten bei der Auswertung der Krankenblätter ergaben sich dadurch, daß immer wieder unterschiedliche Anamnesen und Untersuchungen vorgenommen wurden.

Einzelangaben können dem Datenanhang entnommen werden.

3.1. Anamnese

3.1.1. Alters- und Geschlechtsverteilung

Für die Altersverteilung wurde das Alter nach anamnestischen Angaben zur Zeit des Erkrankungsbeginns zugrundegelegt.

In dem untersuchten Krankengut befanden sich 72 Frauen und 22 Männer. Dies entspricht einem Verhältnis Frauen zu Männer von 3,3:1, das ein deutliches Überwiegen der weiblichen Patienten ergibt.

Der Anteil der Frauen ist zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr und zwischen dem 41. und 70. Lebensjahr auffallend hoch. Das männliche Geschlecht zeigt einen Häufigkeitsgipfel zwischen dem 31. bis 50. Lebensjahr und zwischen dem 61. bis 70. Lebensjahr.

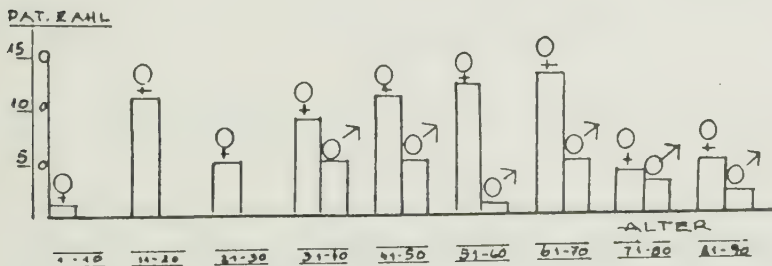


Abb. 2: Alters- und Geschlechtsverteilung

3.1.2. Ernährungszustand

Zur Beurteilung des Ernährungszustandes wurde von dem Normalgewicht ausgegangen, das für Frauen zwischen - 15 % und + 15 % des Broca-Gewichtes (Körpergewicht (kg) = Körperlänge (cm) - 100) und für Männer zwischen - 10 % und + 15 % des Broca-Gewichtes definiert wurde. Gewicht oberhalb der Obergrenze wurde als Adipositas bezeichnet und Gewicht unterhalb der Untergrenze als Untergewicht (34).

Wenn keine Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht gemacht wurden, wurden die subjektiven, semiquantitativen Beurteilungen des untersuchenden Arztes aus dem Krankheitsbogen übernommen.

Bei 52 Frauen wurden Angaben zum Ernährungszustand gefunden. 27 Frauen hatten Übergewicht (51,9 %) und 23 Frauen (44,2 %) waren normalgewichtig; nur 2 Frauen (3,8 %) waren untergewichtig.

Bei 14 männlichen Patienten gab es Angaben hierzu. 7 Männer (50 %) waren normalgewichtig, 4 Männer (28,6 %) waren adipös und 3 Männer (21,4 %) untergewichtig.

3.1.3. Stationärer Aufenthalt

Der stationäre Aufenthalt betrug durchschnittlich 2,8 Wochen.

3.1.4. Krankheitsdauer

Die Werte für die Dauer der Erkrankung ergaben sich anamnestisch aus den Angaben der Patienten. Aussagen hierzu fanden

sich bei 91 Patienten. Rund 56 % (51 Patienten) der hierzu gemachten Angaben zeigten einen Krankheitsverlauf von mehr als einem Jahr. Bei 24 % (22 Patienten) lag der Krankheitsbeginn sogar mehr als 5 Jahre zurück.

3.1.5. Familienanamnese auf Atopie

Hierzu fanden sich bei 73 Patienten Angaben im Anamnesebogen. Nur 8 Patienten (11 %) gaben die Neigung zu atopischen Krankheiten eines Familienmitgliedes an (allergisches Asthma bronchiale, Heuschnupfen).

3.1.6. Eigenanamnese auf Atopie

70 Patienten sind hierzu bei ihrer stationären Aufnahme befragt worden. Von diesen gaben 13 Patienten (18,6 %) Neigung zu atopischen Krankheiten an.

3.1.7. Allergieanamnese

10,6 % (10 Patienten) der Patienten gaben eine Allergie an. Hierbei handelte es sich meist um häufig vorkommende Kontaktallergene wie Nickel, Epoxidharze etc.

3.1.8. Medikamentenanamnese

Die Medikamentenangaben waren für die Altersverteilung und die Begleitkrankheiten dieses Patientengutes sicherlich unauffällig. 52 Patienten nahmen laut Anamnese regelmäßig immer wieder Medikamente ein.

Da immer wieder hormonelle Störungen als vermutliche Ursache herausgestellt werden (7, 8, 21), möchten wir hier kurz die Sexualhormone und ihre Hemmstoffe erwähnen, welche von 15,3 % der Frauen angegeben wurden. 5 Patientinnen nahmen Kontrazeptiva ein, 3 Patientinnen Östrogene, 2 Patientinnen Androgene und eine Patientin Gestagene. Erkennbare Zusammenhänge zwischen der Prurigo simplex subacuta und den Medikamenten waren nicht festzustellen.

3.1.9. Medikamentenanamnese der vorher angewandten Therapeutika für die Prurigo simplex subacuta

Bei 48 % (36 Patienten) der Patienten, die Angaben machten, ist die Prurigo simplex subacuta mit unterschiedlichen Methoden außerhalb der Klinik vorbehandelt worden. Am häufigsten wurden hier Corticoid-Externa (14 x) und Antihistaminika (12 x) verwendet. Auch die anderen Therapeutika zielten auf eine symptomatische Therapie hin.

3.1.10. Verstärkung des Juckreizes

Zu diesem Punkt fanden sich bei 14 Patienten Aussagen in der Anamnese. Am häufigsten wurde die Verstärkung des Juckreizes abends oder nachts angeführt. Dies gaben allein 11 von 14 Patienten an. Ansonsten wurde jeweils Aufregung, Alkohol, Bier und Kaffee als verstärkender Faktor des Juckreizes angegeben.

3.1.11. Auftreten und Verschlechterung der Prurigo simplex subacuta

Hier wurde versucht Patientenaussagen zusammenzutragen, die eine Beziehung zum Auftreten und zur Verschlechterung der der Prurigo simplex subacuta aufwiesen. Leider fanden sich nur bei sechs Patienten Angaben hierzu.

Zwei Patienten nannten erneute Hautveränderungen nach Antibiotikagabe, weitere zwei Patienten meinten im Herbst und ein Patient im Sommer durch das Schwitzen sowie ein Patient durch psychische Belastung eine Verschlechterung zu bemerken.

3.1.12. Besserung oder Abheilung der Prurigo simplex subacuta

Auch hierzu fanden sich leider nur bei fünf Patienten Angaben. Vier Patienten gaben eine Abheilung der Prurigo simplex subacuta während desurlaubes am Meer und in der Sonne an, ein weiterer Patient während längerer Arbeitspausen.

3.2. Hautbefunde

3.2.1. Lokalisation der Prurigoeffloreszenzen

Die Lokalisation schwankte, wobei alle Körperregionen außer Palmae, Plantae und Schleimhäute vorkamen.

Am häufigsten waren die Streckseiten der Unterarme bei 77 Patienten, dann die Streckseiten der Oberarme bei 76 Patienten und jeweils bei 75 Patienten waren die Streckseiten der Oberschenkel und der Pelerinenbereich betroffen.

Bei 71 Patienten waren die Streckseiten der Unterschenkel und bei 62 Patienten die Brust befallen, selten das Gesicht (31 x). Das Capillitium kam als Lokalisation am seltensten vor (nur 6 x).

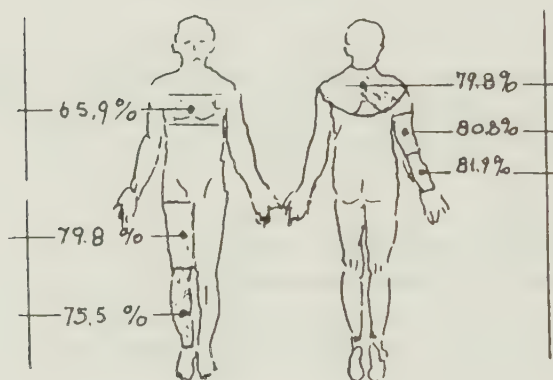


Abb. 3: Bevorzugte Lokalisation der Prurigo simplex subacuta bei eigenen Patienten

3.2.2. Seborrhoe / Sebostase

Von 18 Patienten waren 3 Seborrhoiker und 15 Sebostatiker. Ob die übrigen Patienten einen normalen Hautzustand hatten, läßt sich nicht eindeutig beantworten, da zu diesem Punkt nur mangelhafte Angaben vorhanden waren. Von dieser Fallzahl jedoch ausgehend, neigen die Patienten eher zur Sebostase.

3.2.3. Dermographismus

Dieser wurde bei 44 Patienten angegeben. 34 Patienten zeigten einen roten Dermographismus und 10 Patienten einen weissen. Auch bei unseren Patienten scheint der weiße Dermographismus typisch für Patienten mit Atopie zu sein, da 7 der 10 Patienten mit weißem Dermographismus Atopiezeichen aufwiesen.

3.2.4. Atopiezeichen

Bei 16 Patienten waren eines oder mehrere der Atopiezeichen aufgeführt (Ichthyosis-Hand, Hertoghe'sches Zeichen, infra-orbitale Atopiefalte, pelzkappenartiger Haaransatz). Ob die übrigen 78 Patienten keine Atopiezeichen zeigten, ließ sich wiederum nicht sicher aus den Untersuchungen ermitteln.

3.2.5. Hautkrankheiten, die zusätzlich bestanden

35 der Patienten zeigten zusätzlich bestehende Hautkrankheiten. Am häufigsten kamen die Varikose bei 13 Patienten und die chronisch venöse Insuffizienz bei 5 Patienten vor. Dieses Ergebnis entspricht sicherlich der Durchschnittsbevölkerung.

3.3. Untersuchungsbefunde

3.3.1. Routinelaborwerte

3.3.1.1. Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit

46 der 94 Patienten zeigten eine leichte bis stark erhöhte Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit.

3.3.1.2. Blutbild, Blutchemie und Urinstatus

Bei den Veränderungen des Blutbildes, der Blutchemie und des Urinstatus ließen sich keine Beziehungen zur Prurigo simplex subacuta herleiten. Die mäßigen Veränderungen einiger Laborwerte entsprechen sicherlich der Altersstruktur des Patientengutes und den Begleitstörungen dieser Patienten, so daß sich hieraus keine Bindung zur Prurigo simplex subacuta ergibt.

Auffallend war: 10 Patienten zeigten eine Erhöhung der Eosinophilen, d.h. eine Vermehrung der eosinophilen Granulozyten bis zu 10 %, ein Patient fiel durch eine unklare Leukozytose und ein weiterer Patient durch eine Eisenmangelanämie bei Verdacht auf Neoplasma auf.

3.3.2. Stuhluntersuchung auf Wurmeier

Die Stuhluntersuchungen, die bei 40 Patienten durchgeführt wurden, waren alle auf Wurmeier negativ.

3.3.3. Mykologische Stuhluntersuchung

Von 31 untersuchten Patienten waren 22 Stuhlproben positiv; 19 auf *Candida albicans*, zwei auf *Geotrichum candidum* und eine auf *Torulopsis*-Spezies.

3.3.4. Epidermophytie / Onychomykose

15 Patienten wiesen eine Epidermophytie oder Onychomykose auf.

3.3.5. Histologischer Befund

In unserer Auswertung beschränkten wir uns darauf festzuhalten, ob die Diagnose mit Prurigo simplex subacuta vereinbar lautete, oder eine andere Diagnose aus dem histologischen Befund gestellt wurde, da die Beschreibung des histologischen Bildes entsprechend der jeweiligen Entwicklungsphasen in der Literatur weitgehend übereinstimmt (6, 8, 17, 32, 46).

Bei 34 von den insgesamt 94 Patienten wurden histologische Untersuchungen durchgeführt. Bei 17 von diesen 34 Patienten wurde als histologische Diagnose Prurigo simplex subacuta gestellt. Die andere Hälfte dieser 34 Untersuchungen wiesen jedoch unterschiedliche histologische Diagnosen auf: Bei vier Patienten kam eine Vaskulitis in Betracht, bei drei Patienten zeigte sich eine normale Struktur, bei zwei Patienten Iktusreaktion, bei zwei Patienten Arzneimittelreaktion, bei jeweils einem Patienten eine oberflächliche urtikarielle Reaktion, oberflächliche Dermatitis, Ekzem, Prurigoform eines atopischen Ekzems, Miliaria rubra und bei einem Patienten war keine sichere histologische Diagnose zu stellen.

3.3.6. Direkte Immunfluoreszenz

Die direkte Immunfluoreszenz wurde bei 20 Patienten untersucht. 6 dieser Patienten zeigten IgM- oder C₃-Ablagerungen perivaskulär, so daß hier eine Vaskulitis in Betracht gezogen wurde.

3.3.7. Immunstatus

Die Überprüfung des zellulären Abwehrsystems wurde bei den einzelnen Patienten sehr unvollständig durchgeführt. Bei 11 Patienten wurden jeweils einzelne verschiedene mykotische oder/und bakterielle Antigene getestet. Nur ein Patient zeigte keine positive Reaktion. Ob bei diesem Patienten von einer Abwehrschwäche gesprochen werden kann, ist fraglich, da bei ihm nicht alle Antigene durchgetestet wurden. So konnte also bei diesen 11 Patienten keine auffallende Störung der zellulären Immunität festgestellt werden.

3.3.8. Serologische Untersuchungen

Die Untersuchungen auf Anti-D-Nase, Antistreptolysin O, Antihyaluronidase und Antistaphylokin wurden nur selten durchgeführt. Sie zeigten ganz vereinzelt positive Ergebnisse, so daß auch hier davon ausgegangen werden kann, daß Infektionen mit Staphylokokken oder Streptokokken bei unseren Patienten keine besondere Rolle spielten.

Das C-reaktive Protein und der Rheumafaktor wurden jeweils bei 19 Patienten untersucht. 6 Patienten waren positiv auf das C-reaktive Protein und 2 Patienten waren positiv auf den Rheumafaktor.

3.3.9. Immunglobuline G, A, M

Die Immunglobuline wurden bei 13 Patienten bestimmt. Folgende Abweichungen von der Norm wurden festgestellt:

30,8 % (4 von 13 Patienten) IgG mäßig erhöht
15,4 % (2 von 13 Patienten) IgA mäßig erhöht
7,7 % (1 von 13 Patienten) IgM mäßig erniedrigt.

3.3.10. Komplement

Das Komplement wurde bei 8 Patienten bestimmt. 25 % (2 von 8 Patienten) zeigten Erhöhungen. 1 Patient C₃-erhöht und 1 Patient C₃- und C₄-erhöht.

3.3.11. Indirekte Immunfluoreszenz

Diese wurde bei 13 Patienten durchgeführt.

15,4 % (2 von 13 Patienten) zeigten unspezifische Titer auf antinukleäre Antikörper.

3.3.12. Gesamt-IgE

Bei 56 Patienten lagen Bestimmungen der Serum-Plasma-Konzentration des Gesamt-IgE vor.

48,2 % (27 von 56) der Ergebnisse lagen im Normbereich.

51,8 % (29 von 56) der Ergebnisse zeigten erhöhte Gesamt-IgE-Werte.

Bei vier Patienten lagen die Werte sogar über 1500 U/l.

3.3.13. Allergenspezifische IgE-Antikörper

Die Seren von 10 Patienten wurden mit dem Radio-Allergo-Sorbens-Test (RAST) auf spezifische IgE-Antikörper untersucht. Bei drei Patienten (30 %) wurden spezifische IgE-Antikörper gefunden.

3.3.14. Prick- und Epikutan-Testungen

Bei knapp der Hälfte unserer Patienten (42 von 94 Patienten) wurde mindestens eine Hauttestung, Prick- oder Epikutan-Testung durchgeführt.

Insgesamt 45,2 % (19 Patienten) der 42 getesteten Patienten zeigten mindestens eine positive Reaktion bei einer oder mehreren Testungen.

Folgende Testungen kamen jeweils allein oder in Kombination zur Anwendung:

Prick-Testung: Katze-Milbe-Gras, Standard, Nahrung.

Epikutan-Testung: Standard und andere Stoffe.

Tabelle 2: Zusammenfassung der Ergebnisse der Intrakutan- und Epikutan-Testungen

	insgesamt getestet Patientenzahl	mindestens 1 positives Ergebnis Patientenzahl (%)
Prick-Test Katze, Milbe, Gras	9	4 (44 %)
Prick-Test Standard	25	10 (40 %)
Prick-Test Nahrung	21	4 (19 %)
Epikutan-Test Standard	21	4 (19 %)
Epikutan-Test andere Stoffe	15	2 (13,3 %)

3.4. Gleichzeitig bestehende Krankheiten und Störungen

Die Angaben zu diesem Punkt setzen sich aus bereits bei der stationären Aufnahme bekannten Störungen und aus Untersuchungsergebnissen, die während des stationären Aufenthaltes gemacht wurden, zusammen.

Im folgenden werden die Daten der Veränderungen in große organische Erkrankungsgebiete aufgeteilt.

Bei mehreren Patienten wurden verschiedene oder gleichzeitig bestehende Erkrankungen festgestellt, so daß diese Patienten dann in mehreren Gruppen enthalten sind.

Die genaue Aufschlüsselung der einzelnen Organbereiche ist dem Datenanhang zu entnehmen.

Tabelle 3: Übersicht über die Erkrankungen und Störungen bei 94 eigenen Patienten mit Prurigo simplex subacuta

Erkrankungen	Patienten
1. Gynäkologische Störungen	29 (von 72 weibl.)
2. Störungen des männl. Genitals	6 (von 22 männl.)
3. Stoffwechselstörungen	35
4. Herz-Kreislauf-Störungen	24
5. Magen-Darm-Störungen	26
6. Leber-Galle-Störungen	36
7. Blasen-Nieren-Störungen	14
8. Fokalinfectionen:	
auffällige Befunde der Zähne	7
Hals-Nasen-Ohren-Störungen	10
9. Veränderungen aus dem psychiatrischen Formenkreis	11
10. Psychische Auffälligkeiten	14
11. Artefakttendenz	23

3.4.1. Gynäkologische Störungen

Bei unseren 72 Patientinnen fanden sich bei 40,3 % (29 Patientinnen) gynäkologische Störungen. Die häufigsten werden hier noch einmal genannt:

Der Zustand nach Hysterektomie stand mit 12 x an der Spitze der gynäkologischen Störungen.

Ihm folgte mit 10 x die Kolpitis (davon 4 x Keimbesiedelung), dann 3 x Menstruationsstörungen und 2 x Zustand nach Ablatio mammae.

5 Patientinnen befanden sich bei erstmaligem Auftreten der Prurigo simplex subacuta in einer hormonellen Umstellung, 3 x Menarche und 2 x Beginn der Menopause.

3.4.2. Störungen des männlichen Genitales

Prostata-Veränderungen zeigten 27,3 % (6 Patienten) unserer männlichen Patienten.

4 x Prostataadenom und jeweils 1 x Prostatakarzinom und Zustand nach Prostata-Operation.

3.4.3. Stoffwechselstörungen

Stoffwechselstörungen stellten die zweitgrößte Gruppe der Organstörungen in unserem Patientengut dar. Von unseren 94 Patienten fanden sich bei 37,2 % (35 Patienten) Hinweise auf Stoffwechselstörungen. Die Schilddrüse war hier am häufigsten betroffen. 19,1 % (18 Patienten) hatten Veränderungen der Schilddrüse. Das waren:

10 x Zustand nach Struma-Operation, wovon 2 x ein Struma-Rezidiv bestand, 5 x Struma, 2 x Hyperthyreose, 1 x autonomes dekompenziertes Schilddrüsenadenom.

Einen manifesten Diabetes mellitus wiesen 8 Patienten (8,5 %) und einen latenten Diabetes mellitus weitere 6 Patienten (6,4 %) auf. 3 Patienten hatten Gicht und 2 Patienten eine Hyperlipidämie.

3.4.4. Herz-Kreislauf-Störungen

Beeinträchtigungen des Herz-Kreislaufsystems fanden sich bei 24 Patienten. Die Ergebnisse dieser Störungen waren unauffällig. Am häufigsten kamen Hypertonus (12 x) und Herzinsuffizienz (10 x) vor.

3.4.5. Magen-Darm-Störungen

Betroffen von Störungen im Magen-Darm-Bereich waren 26 von 94 Patienten. Vor allem traten bei ihnen (16 x) vegetativ funktionelle Beschwerden wie Obstipation, Meteorismus etc. auf. Zustand nach Magenresektion trat 5 x auf. 4 x konnte eine Divertikulose diagnostiziert werden. Jeweils einmal wurde ein polypöses Gebilde der Magenwand, chronische Proktitis, Magenschleimhautveränderungen und rezidivierende Ileus-Neigung festgestellt.

3.4.6. Störungen der Leber-Galle-Funktion

Erkrankungen oder Abweichungen von den normalen physiologischen Verhältnissen im Bereich der Leber-Gallenblase konnten in unserem Krankengut am häufigsten aufgezeigt werden. Derartige Störungen zeigten 38,3 % (36 Patienten) unserer Patienten.

Die häufigsten Störungen waren hierbei:

- 20 x Fettleber oder diffuser Leberparenchymschaden
- 9 x Cholezystolithiasis
- 8 x Zustand nach Cholezystektomie
- 4 x Immunität gegen Hepatitis A und
- 2 x Zustand nach Hepatitis B.

3.4.7. Blasen-Nieren-Störungen

Störungen im Harnwegsbereich fanden sich bei 14 Patienten. Hierbei handelte es sich meist um harmlose passagere Harnwegsinfekte (9 Patienten), welche auch als möglicher Fokus nicht in Betracht kamen, und um eine kompensierte Niereninsuffizienz sowie eine chronische Pyelonephritis.

3.4.8. Fokalinfektionen

Befunde im Bereich der Zähne, die einen Fokalherd darstellen könnten, zeigten 7 von 26 zahnärztlich untersuchten Patienten. Im Hals-Nasen-Ohren-Bereich gaben 10 von 16 untersuchten Patienten aufgrund ihrer Befunde Anlaß, einen Fokalherd als möglich anzunehmen.

3.4.9. Veränderungen aus dem psychiatrischen Formenkreis

Unter unseren 94 Patienten befanden sich 11 (11,7 %), welche durch psychiatrische Störungen geprägt waren. Die Depressionen waren hierbei mit fünf Patienten am häufigsten vertreten. Bei zwei Patienten kam die Diagnose Erkankung aus dem schizophrenen Formenkreis in Betracht, jeweils einmal fand

sich ein hirnorganisches Psychosyndrom, eine präsenile Demenz mit psychischer Belastung und eine neurotische Persönlichkeitsstruktur.

Bei einem weiteren Patienten ist eine vierjährige psychiatrische Behandlung ohne Angabe der entsprechenden Diagnose im Krankenblatt angegeben.

3.4.10. Psychische Auffälligkeiten und Artefakttendenz

Als psychisch auffällig wurden diejenigen Patienten eingestuft, die entweder angstlich wirkten oder Nervosität, Schlaflosigkeit oder bedrückende Probleme angaben. Aufgrund dieser Kriterien wurden 14 Patienten unseres Krankengutes als psychisch auffällig gewertet.

Kratzeffekte bei der Prurigo simplex subacuta beschränken sich nur auf die Effloreszenzen und sind nicht auf klinisch gesunder Haut zu finden. Deutliche Artefakttendenzen, z.B. striemenförmige Kratzspuren auf gesunder Haut wurden bei 23 Patienten angegeben.

3.4.11. Sonstige Störungen

Außer den vorher genannten Krankheitsgruppen fielen bei unseren Patienten eine Petrobulbärneuritis, eine Megaloblastenanämie, unklare Leukozytose, Eisenmangelanämie bei Verdacht auf Neoplasma und einmal eine Trisomie 21, ein Zustand nach aktiver Lungentuberkulose und eine Miliartuberkulose auf.

3.5. Differentialdiagnose bei Entlassung

Insgesamt bei 10 Patienten wurde bei Entlassung eine mögliche Differentialdiagnose erwähnt:

- 4 x Prurigoform einer Neurodermitis
- 1 x Insektenstiche
- 1 x generalisierter Pruritus bei Diabetes mellitus
und Leberzellschaden
- 1 x Artefakte
- 1 x taktile Halluzinose.

Diese Differentialdiagnosen verdeutlichen die Schwierigkeit, die Prurigo simplex subacuta abzugrenzen.

3.6. Therapie

Die Therapie beschränkte sich meist auf symptomatische Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes. Es kamen hier hauptsächlich symptomatische Externa zur Anwendung.

So wurde zum größten Teil eine Zinkpaste (64 x) mit unterschiedlichen Zusätzen (z.B. Ichthyol-Phenol-weiche Zinkpaste) und kortikosteroidhaltige Externa (74 x) aufgetragen. Innerlich wurden hauptsächlich Antihistaminika (45 x) und Psychopharmaka (46 x) verabreicht.

Weitere Einzelheiten sind dem Datenanhang zu entnehmen.

4. DISKUSSION

Leider waren Anamnese und Untersuchungsbogen nicht standardisiert, ebenso erfolgten viele Untersuchungen nicht bei allen Patienten, so daß unsere Ergebnisse oft nur eine kleine Fallzahl betrafen und sich nicht auf alle Patienten übertragen lassen. Wir glauben, daß einige Diskussionspunkte für die Prurigo simplex subacuta interessant sind und werden sie mit Angaben aus der Literatur vergleichen, um vielleicht weitere Hinweise auf mögliche Faktoren der Prurigo simplex subacuta zu erhalten.

4.1. Anamnese

4.1.1. Alters- und Geschlechtsverteilung

In unserem Patientengut ist die Geschlechtsverteilung Frauen zu Männer 3:1. Vergleicht man die Daten einzelner Autoren aus der Tabelle 5 so erkennt man, daß die Angaben untereinander zwar abweichen, jedoch die Frauen immer häufiger betroffen sind als die Männer.

Tabelle 4: Geschlechtsverteilung der Prurigo simplex subacuta

Autoren	weiblich	männlich	Verhältnis
Braun-Falco und v. Eickstedt (7)	11	1	11:1
Greither u. Tritsch (23)	17	7	2,4:1
Bohnstedt (3)	27	22	1,2:1
Braun-Falco (6)	22	1	22:1
Paetzold (42)	63	47	1,3:1
Zaun u. Athanassiadis (55)	42	19	2,5:1
Bürke (10)	51	21	2,5:1
Eigene Fälle	72	22	3,3:1

Bei den Angaben von Braun-Falco (6) handelt es sich um eine Zusammenstellung nach Bohnstedt (3), Braun-Falco und von Eickstedt (7), Greither und Tritsch (22, 23) sowie 23 Eigenbeobachtungen.

Die im eigenen Krankengut festgestellte Altersverteilung wird in Tabelle 5 den Altersangaben anderer Autoren gegenübergestellt. Der Vergleich aller Angaben zeigt, daß die Prurigo simplex subacuta bis zum 20. Lebensjahr selten ist und einen Häufigkeitsgipfel im 5. und 6. Lebensjahrzehnt zeigt. Bei unseren Patienten fällt der relativ hohe Anteil der über 60jährigen auf.

Tabelle 5: Altersverteilung der Prurigo simplex subacuta nach Angaben verschiedener Autoren.

Die dekadischen Klassen differieren bei verschiedenen Autoren um jeweils 1 Jahr

Autoren	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-
Bohnstedt (3)	-	4	8	12	14	9	2
Greither u. Tritsch (23)	3	1	4	7	4	1	4
Zaun u. Athanassiadis (55)	1	12	8	14	14	6	6
Bürke (10)	7	14	11	14	9	14	5
Eigene Fälle	11	5	14	16	13	18	14

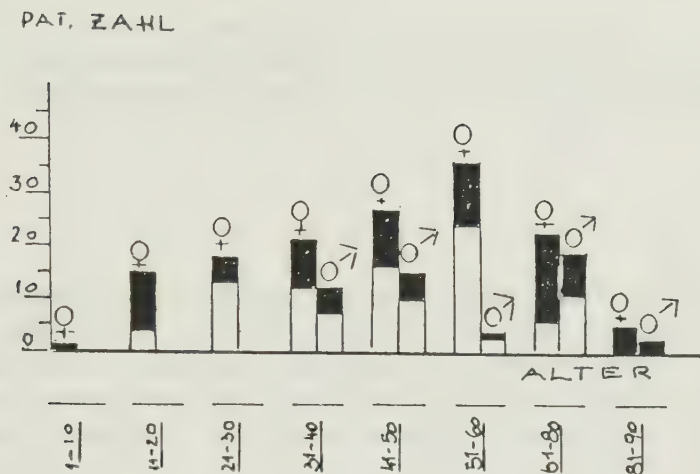


Abb. 4: Gesamtzahlen der Altersverteilung der Untersuchungen von Braun-Falco und von Eickstedt (1957), Greither und Tritsch (1958), Bohnstedt (1959) und Braun-Falco (1961)
Schwarzer Säulenanteil = eigene Fälle

Die Abbildung 4 gibt die Altersverteilung nach Geschlechtern aufgeteilt wieder.

Frauen sind im 5. und 6. Lebensjahrzehnt am häufigsten betroffen und Männer erkrankten jenseits des 60. Lebensjahres am häufigsten. Im Gegensatz zu den anderen Untersuchern sind die Frauen bei uns im 20. bis 30. Lebensjahr selten betroffen. Wahrscheinlich ist die Erklärung hierfür, daß

wir keine Patientinnen mit Prurigo gestationis (Prurigo simplex subacuta während der Schwangerschaft) sahen. Außerdem fällt auf, daß in unserem Patientengut die über 60jährigen Frauen sehr häufig betroffen sind.

4.1.2. Ernährungszustand

Über den Ernährungszustand der Prurigo-simplex-subacuta-Patienten fanden sich keine Angaben in der Literatur. Auch unsere eigenen Untersuchungsergebnisse entsprechen denen der Durchschnittsbevölkerung. 51,9 % der Patientinnen waren adipös und 28,6 % der Männer. Der Anteil adipöser Frauen beträgt in der Durchschnittsbevölkerung 55 % und der Anteil adipöser Männer 47 % (34). Diese Zahlen machen deutlich, daß der Ernährungszustand der Patienten nicht kennzeichnend für Prurigo simplex subacuta ist.

4.1.3. Krankheitsdauer

Unser Patientengut zeigte bei rund 56 % der Patienten (51 Patienten) einen Krankheitsverlauf von länger als einem Jahr und bei 24 % (22 Patienten) sogar länger als fünf Jahre. Die lange Krankheitsdauer wird in der Literatur immer wieder beschrieben (7, 8, 14, 17, 55).

4.1.4. Medikamentenanamnese

Unsere Auswertungen der Medikamentenanamnesen ließen keine Beziehung von Medikamenteneinnahme zur Prurigo simplex subacuta erkennen. Auch die durchgesehene Literatur gibt

keine Hinweise, daß bestimmte Medikamente zur Auslösung oder Unterhaltung einer Prurigo simplex subacuta beitragen könnten.

4.1.5. Verstärkung des Juckreizes

Nachdem der Juckreiz allgemein nachts häufiger eine Verstärkung aufweist (8) zeigen unsere Beobachtungen zu Juckreizverstärkungen, welche ebenfalls hauptsächlich nachts auftraten, keine Auffälligkeiten außer bei fünf Patienten, die jeweils Alkohol, Kaffee oder Aufregung angaben.

4.1.6. Auftreten und Verschlechterung der Prurigo simplex subacuta

Anamnestische Patientenangaben zu Provokationen der Prurigo simplex subacuta sind in der Literatur nur selten untersucht worden. Mali (38, 39) gibt psychischen Streß und Hitze als eventuelle Faktoren zur Verschlechterung der Prurigo simplex subacuta an. Unter unseren Patienten glaubte jeweils ein Patient eine Verstärkung oder einen neuerlichen Schub im Sommer oder bei psychischer Belastung zu bemerken.

Für die anderen Patientenaussagen lassen sich keine konkreten Literatúraussagen finden. Nachdem diese vier Patienten sehr unterschiedliche Eigenbeobachtungen angaben, Verschlechterung der Prurigo simplex subacuta im Herbst, nach Antibiotikagaben, kann es sich hier um Zufallserscheinungen handeln.

4.1.7. Besserung oder Abheilung der Prurigo simplex subacuta

Vier Patienten bemerkten während des Urlaubes am Meer und in der Sonne eine Besserung der Prurigo simplex subacuta. Allerdings liegen zu diesem Fragenkomplex nur fünf Angaben vor. Linser (36) zählt die Urticaria papulosa chronica (Synonym für Prurigo simplex subacuta) zu den Hautkrankheiten, die sich zur bioklimatischen Behandlung eignen. Ob hier der psychische Einfluß von Sonne und Meer oder die erhöhte Luftfeuchtigkeit maßgebend sind, bleiben Vermutungen.

4.2. Hautbefunde

4.2.1. Lokalisation

Vergleicht man unsere Auswertungen zur Lokalisation mit der Literatur so kann man feststellen, daß diese Ergebnisse eine deutliche Übereinstimmung zeigen.

Immer wieder wird auf den bevorzugten Befall der Streckseiten der Extremitäten hingewiesen (3, 8, 14, 17, 37). Auch in unserem Krankengut zeigen diese das häufigste Verteilungsmuster.

Insgesamt am häufigsten waren die Effloreszenzen an den Streckseiten der Unterarme zu sehen (77 Patienten). Braun-Falco, Zaun und Athanassiadis (6, 8, 55) beschreiben die proximalen Streckseiten hingegen als häufigsten Befall. Bei uns folgten jedoch die Streckseiten der Oberarme mit 76 Patienten an zweiter Stelle. Der Pelerinenbereich (oberer

Schulterbereich) war häufiger betroffen als die unteren Extremitäten. Auch Braun-Falco (6, 8), Burton (11), Gloor (17), weisen diesen Bereich als Prädilektionsstelle der Prurigo simplex subacuta aus. Die übrigen Körperregionen waren weniger häufig betroffen. Schleimhaut- und Palma- oder Planta-Befall kam nie vor. Ebenso ist es in der Literatur beschrieben (8, 11, 17).

Sehr selten war das Gesicht betroffen (31 x), wie es auch Bohnstedt (3), Greither und Tritsch (23) und Fleck (14) beobachteten. Rook (44) reiht dieses Krankheitsbild, welches er als "Neurotic excoriations" und als "Synonym Acne urticata, Acne excoりée und subacute Prurigo" bezeichnet in das Kapitel der "Psychocutaneous Disorders" ein. Er meint, daß diese Prurigo-simplex-subacuta-Patienten mit Beteiligung des Gesichtes anscheinend unter Streß stehen und depressiv sind. Ihr häufigster Charakterzug sei eine Hypersensibilität und Mangel an Selbstvertrauen. Dieser Beschreibung können wir in gewisser Hinsicht folgen. Sieben unserer 31 Patienten, die einen Befall des Gesichtes aufwiesen, galten als psychisch auffällig (nervös, Schlaflosigkeit, Probleme ...). Sechs Patienten zeigten Artefakttendenz und zwei hatten Depressionen.

Ob die Psyche bei diesen Patienten mit Prurigo-simplex-subacuta-Befall im Gesicht eine entscheidende Rolle spielt, können wir nicht sicher beurteilen, doch sollte man die psychische Grundstimmung sicherlich nicht außer acht lassen und in die Untersuchung mit einbeziehen.

4.2.2. Seborrhoe / Sebostase

Korting und Denk (33) berichten, daß der Prurigo-Kranke konstitutionsmäßig häufig zur Sebostase neigt. Wir konnten

ebenfalls bei unseren Patienten ein Überwiegen des sebostatischen Hautzustandes feststellen.

4.2.3. Hautkrankheiten, die zusätzlich bestanden

Die Varikose und chronisch venöse Insuffizienz kam bei 18 Patienten vor. 11 dieser Patienten zeigten unter anderem im gesamten Unterschenkelbereich, d.h. auch im Bereich der varikösen Veränderungen Prurigo-Effloreszenzen.

Gertler (15) beschreibt in einer Fallmitteilung eine isolierte Urticaria papulosa chronica im Bereich eines varikösen Symptomenkomplexes und führt diese Prurigo simplex subacuta auf die schlechtere Durchblutung in diesem Gebiet zurück. Diesem Schluß können wir uns nicht vollständig anschließen, da die Prurigo simplex subacuta bei unseren Patienten nicht isoliert im varikösen Symptomenkomplex auftrat. Ob das gemeinsame Auftreten von Prurigo simplex subacuta und Varikose nicht rein zufällig ist, können wir nicht beantworten.

4.3. Untersuchungsbefunde

4.3.1. Histopathologie

Die Hälfte der untersuchten Biopsien ergaben nicht die eindeutige histologische Diagnose Prurigo simplex subacuta.

Lever (35) weist in seinem Kapitel über die Prurigo simplex darauf hin, daß das histologische Bild nicht spezifisch ist und einer subakuten Dermatitis ähnelt.

Auch typische neurohistologische Veränderungen können bei der Prurigo simplex subacuta nicht gefunden werden (49).

Nachdem die Biopsien sicherlich meist aus zerkratzten Primäreffloreszenzen genommen wurden, sind diese Schwierigkeiten verständlich und so möchten auch wir behaupten, die Diagnose allein aus dem histologischen Bild zu stellen, sei schwer möglich.

4.3.2. Untersuchungen zur direkten Immunfluoreszenz und indirekten Immunfluoreszenz

Die Ergebnisse der direkten Immunfluoreszenz zeigten bei sechs der zwanzig hierzu untersuchten Patienten IgM- oder C3-Ablagerungen um Gefäße.

In der indirekten Immunfluoreszenz zeigten zwei von 13 Patienten unspezifische positive Ergebnisse auf antinukleäre Antikörper, welche in der Krankengeschichte wenig beachtet wurden.

Literaturangaben hierzu haben wir ebenfalls nicht finden können, so daß wir die Bedeutung dieser Untersuchungen und deren Ergebnisse nicht beurteilen können.

4.4. Atopie

Hinweise auf Atopie durch Familienanamnese, Eigenanamnese, oder Atopiezeichen waren bei 33 (35,1 %) Patienten positiv.

Hundeiker (28) meint allgemein, daß die Prurigosymptomatik Teilkomponenten der atopischen Konstitution als wesentliche Grundlage erkennen läßt.

Auch bei der Prurigo gestationis, d.h. bei der Prurigo simplex subacuta in der Schwangerschaft, wird auf die atopische Diathese dieser Patientinnen hingewiesen (27).

In der Bevölkerung wird die Häufigkeit atopischer Erkrankungen auf 5 bis 15 % geschätzt (8). In unserem Patientengut betrug die Neigung der Patienten zur Atopie 18,6 %. Durch den Vergleich mit der Normalbevölkerung wird deutlich, daß unser Patientengut bezüglich atopischer Konstitution zahlenmäßig etwas über der Bevölkerung liegt.

4.5. Allergiehinweise

Die IgE-Erhöhung bei 51,8 % (29 Patienten) der untersuchten Patienten und die spezifischen IgE-Antikörper, welche bei drei von zehn untersuchten Patienten in steigender Konzentration vorhanden waren, lassen an eine Beziehung der Prurigo simplex subacuta zu allergischen Reaktionen vom Soforttyp I denken.

10 % (10 Patienten) unseres Krankengutes zeigten eine mäßige relative Bluteosinophilie. Die Ergebnisse der Intrakutan- und Epikutan-Testungen - 45,2 % (19 Patienten) der 42 getesteten Patienten zeigten mindestens ein positives Ergebnis in einer Testung - lassen ebenfalls an eine allergische Reaktionsweise der Prurigo simplex subacuta denken.

Mali (38) stellte bei seinen Untersuchungen positive Sofortreaktionen der Intrakutanproben mit menschlichem Schuppenextrakt fest. Ansonsten konnten nur sehr selten genauere Angaben zur Allergie gefunden werden. Diese werden dann auch nur als Vermutung ausgesprochen, daß es sich bei der Prurigo

simplex subacuta um eine allergische Manifestation der Soforttyp-Allergie handelt (8). In früheren Untersuchungen nahmen Bohnstedt (4) und Paetzold (42) Autocantigene im Bereich des Magen, des Darms und der Leber an.

Hoischen und Steigleder (26) berichten über eine Patientin bei der die Prurigo simplex subacuta wahrscheinlich durch einen Autoimmunvorgang gegen endogen gebildetes Progesteron ausgelöst wurde.

Aufgrund dieser Hinweise sollten in Zukunft bei Prurigo-simplex-subacuta-Patienten IgE-Bestimmungen und häufiger Intrakutan- und Epikutan-Testungen vorgenommen werden, um die allergische Reaktionsweise der Prurigo simplex subacuta besser abzuklären.

4.6. Gleichzeitig bestehende Krankheiten und Störungen

4.6.1. Störungen der Sexualorgane

4.6.1.1. Gynäkologische Störungen

In früheren Untersuchungen wiesen einzelne Autoren immer wieder auf die Zusammenhänge funktioneller und organischer Störungen der Sexualorgane und der Prurigo simplex subacuta hin (3, 6, 7, 8, 23, 42, 55).

Braun-Falco (6) gibt in einer Arbeit eine Zusammenfassung der Ätiologien seiner 23 eigenen beobachteten Patienten und der Untersuchungen anderer Autoren (3, 7, 22, 23). In 11 von 74 Fällen (14,8 %) kam eine Prurigo gestationis vor, welche in unserem stationären Patientengut nicht vorhanden war.

Vermutlich kamen diese Patientinnen nur ambulant.

Ovarielle Störungen kamen in der Aufstellung von Braun-Falco (6) in 14 von 74 Fällen (18,9 % vor).

Unter unseren Patientinnen mit gynäkologischen Störungen sahen wir am häufigsten den Zustand nach Hysterektomie bei 12 von 72 Patientinnen (16,7 %). Ob es sich hierbei jeweils um eine Totaloperation mit Entfernung der Ovarien handelte, ließ sich retrospektiv nicht genau abklären. In einem Fall konnten wir eine Ovarektomie vermerken.

Auch Bürke (10) erwähnt in seiner Untersuchung einmal eine gynäkologische Totaloperation und einmal eine Ovarektomie, außerdem konnte er Adnexitis, Ovarialcyste, verminderte Ketosteroide und Amenorrhoe nachweisen. Insgesamt bei neun von 51 Patientinnen (17,6 %) konnte er ovarielle Störungen aufzeigen.

Am zweithäufigsten sahen wir bei 10 von 72 Patientinnen (13,9 %) die Kolpitis. Nachdem nur in vier Fällen eine Keimbeseidlung angegeben war, sind sechs dieser Veränderungen vermutlich auf altersbedingte hormonelle Störungen zurückzuführen, ebenso waren wahrscheinlich bei drei Patientinnen (4,2 %) die Menstruationsstörungen hormonell bedingt.

Addieren wir diese Ergebnisse unserer Untersuchungen, so können auch wir retrospektiv eine hormonelle Störung bei 21 Patientinnen (29,2 %) annehmen, wobei jedoch auch die unklaren Hysterektomien enthalten sind, da nicht feststellbar war, ob es sich hierbei um eine Totaloperation oder um eine alleinige Uterusentfernung handelte.

Paetzold (42) fand in einer Untersuchungsgruppe bei zwei von 30 Patientinnen Zyklusstörungen. Nach Gaben von Corpus-

luteum-Hormon heilten die Prurigoeffloreszenzen ab. Greither und Tritsch (23) konnten ebenfalls in Einzelfällen Behandlungserfolge mit Proluton erzielen.

Auch Zaun und Asthanassiadis (55) untersuchten 26 Prurigo-simplex-subacuta-Patienten auf hormonelle Störungen und erhoben bei 11 Patientinnen (42,3 %) pathologische Befunde.

Interessanterweise gaben in unserer Studie fünf Patientinnen an, daß sie sich zur Zeit des erstmaligen Auftretens der Prurigo simplex subacuta in einer hormonellen Umstellung befanden (3 x Menarche und 2 x Beginn des Klimakteriums). Greither und Tritsch (23) sahen diese Erscheinung ebenfalls bei einer Patientin, welche die Hauteffloreszenzen seit der Menarche aufwies.

4.6.1.2. Störungen des männlichen Genitales

Störungen des männlichen Genitales werden in einzelnen Untersuchungen viel seltener erwähnt, das sicherlich auch mit dem geringeren Anteil der männlichen Patienten zu tun hat.

Braun-Falco und von Eickstedt (7) sahen in einem von zwei Fällen eine Hodenatrophie bei Semikastration.

Bürke (10) beschreibt bei zwei von 21 Patienten (9,5 %) eine Prostatahypertrophie. Wir fanden in unserem Patientengut bei sechs der männlichen Patienten (27,9 %) Prostataveränderungen.

Abschließend möchten wir nach Durchsicht der Literatur (8, 17, 46) und aufgrund unserer Ergebnisse zu den Störungen

der Sexualorgane bemerken, daß man bei der Prurigo simplex subacuta generell auf hormonelle Störungen achten, sorgfältige gynäkologische Untersuchungen durchführen und nach Einnahme hormoneller Medikamente fragen sollte.

4.6.2. Magen-Darm-Störungen

Größere Bedeutung für die Ätiologie haben in der Literatur Störungen des Magen-Darm-Bereiches.

Besondere Beachtung fanden bei den verschiedenen Patientenkollektiven Magensaftuntersuchungen (54, 56).

Bohnstedt (3) fand bei 37 untersuchten Patienten einmal eine hyperacide Gastritis, neunmal Sub- bzw. Anacidität und zweimal Ulcus duodeni.

In der Untersuchung von Paetzold (42) lagen bei 34 von 67 Patienten (50,7 %) Sekretionsstörungen des Magens vor. In all diesen Fällen konnte er bei indifferenter Lokalbehandlung und sinngemäßer Therapie mit Salzsäurepräparaten und Medikamenten zur Neutralisierung und zur Dämpfung überschüssiger Magensäureproduktion ein Abklingen der Hauterscheinungen und des begleitenden Juckreizes erreichen.

Auch Zaun (54, 56) interessierten vor allem die Sekretionsanomalien und machte hierzu entsprechende Untersuchungen bei Prurigo-simplex-subacuta-Patienten. Zaun und Athanassiadis (55) fanden bei 26 von 46 untersuchten Patienten (56,5 %) Säureanomalien.

Angaben aus den 30er Jahren weisen ebenfalls auf Säureanomalien hin (15, 18, 51).

Bürke (10) beobachtete bei seiner Untersuchung außer den Säureanomalien, welche er bei 23 von 72 Patienten fand, auch andere Veränderungen (viermal Zustand nach Magenresektion, achtmal Ulcus, zweimal Hiatushernie, einmal Rektum-Karzinom, viermal pathologische Bakterien oder Candida, sechsmal Verdauungsinsuffizienz).

Bei der Durchsicht unserer Krankengeschichten mußten wir feststellen, daß in keinem der Fälle Untersuchungen zu Magensekretionsstörungen vorgenommen worden sind. Wir sahen bei 17,2 % der Patienten (16 Patienten) vegetativ funktionelle Beschwerden des Magen-Darm-Bereiches (Obstipation, Meteorismus), welche jedoch keinen Rückschluß auf Sekretionsanomalien zuließen. In 5,3 % der Fälle (5 Patienten) wurde eine frühere Magenresektion angegeben. Bei zwei dieser Patienten wurden Beschwerden und eine chronische Gastritis festgestellt, die auf gestörte Sekretionsverhältnisse schließen lassen könnte. Vier Patienten hatten eine Divertikulose, 22 der 31 auf Candida im Stuhl untersuchten Patienten zeigten ein positives Ergebnis.

Nachdem wir vor allem unspezifische Störungen im Magen-Darm-Bereich verzeichnen konnten (vegetativ funktionelle Störungen und Divertikulose) fällt es uns schwer die Magen-Darm-Störungen unter die Ätiopathogenese einzureihen, obwohl die Literatur auf diese hinweist. Bohnstedt (3) stellt sogar die Vermutung auf, die Prurigo simplex subacuta könnte enterogen ausgelöst werden und es handle sich hier um eine allergische durch Antigene ausgelöste Reaktionsweise.

4.6.3. Störungen der Leber-Galle-Funktion

Braun-Falco (6) gibt in seiner Zusammenstellung der Ätiologien Leberfunktionsstörungen (Ikterus, Gallensteine etc.) in 8 von 93 Fällen an.

Paetzold (42) fand bei 13 von 67 untersuchten Patienten Leberparenchymschäden, und Zaun und Asthanassiadis (55) bei zwei von 18 untersuchten Patienten Hepatopathien.

In unserem eigenen Krankengut stellten die Leber-Galle-Störungen die größte Gruppe mit 36 (38,3 %) betroffenen Patienten dar.

Auch Bürke (10) sah immerhin in 27,8 % (20 von 72 Patienten) der Fälle Hinweise auf Leberfunktionsstörungen.

Der im Vergleich zu früheren Untersuchungen hohe Anteil der aufgedeckten Diagnosen Fettleber oder diffuser Leberparenchymschaden in unserem Krankengut läßt sich sicherlich auch durch die Untersuchungsmethoden des Ultraschalls erklären, welcher bei einigen Patienten routinemäßig durchgeführt wurde. Zu bemerken ist, daß bei keinem unserer Patienten ein akuter Zustand mit Ikterus oder stark erhöhten Leberwerten bestand.

Bohnstedt (4, 5) begründet den möglichen Zusammenhang damit, daß bei Erkrankungen der Leber mit Autoantigenen zu rechnen ist und daher die Prurigo simplex subacuta mit einer Lebererkrankung im Zusammenhang stehen kann.

4.6.4. Stoffwechselstörungen

Braun-Falco (8) erwähnt in seinem Lehrbuch eine Prurigo diabetica, welche eine Prurigo simplex subacuta bei gleichzeitigem Diabetes mellitus ist und durch diesen hervorgerufen werden kann.

Unter unserem Patientengut befanden sich acht Patienten mit manifestem Diabetes mellitus und sechs mit latentem Diabetes

mellitus. Dies entspricht 14,9 % der Patienten mit Prurigo simplex subacuta, die an einem Diabetes mellitus litten.

In früheren Untersuchungen kam der Diabetes mellitus nicht sehr häufig vor. Bohnstedt (3) schreibt von einem Patienten bei 37 untersuchten, Greither und Tritsch (23) ebenfalls von einem Patienten von 24 untersuchten.

Höfs (25) beschreibt eine Patientin mit Xanthelasma papulatum et striatum, Chloasma hepaticum und Diabetes mellitus.

In der Untersuchung von Zaun und Athanassiadis (55) hatten 8,2 % (5 von 61 Patienten) einen Diabetes mellitus. Auch Bürke (10) nennt in seiner Auswertung 6 von 72 Patienten (8,3 %) mit Diabetes mellitus.

Aufgrund des Vergleichs unserer Ergebnisse mit denjenigen von Bürke (10) und Zaun und Athanassiadis (55) ist der Diabetes mellitus sicherlich als mögliche Ursache in Erwägung zu ziehen.

Häufiger, d.h. in 19,1 % (18 Patienten) unseres Krankengutes konnten wir aus den Krankengeschichten Störungen der Schilddrüse verzeichnen.

In früheren Untersuchungen kamen Störungen der Schilddrüse selten vor (3, 10, 42). Heller-Sturm (24) beschreibt eine Patientin bei der gleichzeitig eine Thyreotoxikose bestand. Zaun und Athanassiadis (55) sahen drei Patienten (4,9 %) mit Schilddrüsenerkrankungen bei 61 Patienten. In den Lehrbüchern (8, 17) wird den Schilddrüsenveränderungen in Kombination mit Prurigo simplex subacuta ebenfalls keine besondere Beachtung geschenkt.

Zu diesem Punkt können auch wir nur feststellen, daß einige unserer Patienten Veränderungen der Schilddrüse aufwiesen. Ob diese als mögliche Auslösefaktoren in Frage kommen, muß offen bleiben.

4.6.5. Infestation

Die Literatur weist immer wieder auf Wurminfektionen bei der Ätiologie hin (8, 17).

Bohnstedt (3) konnte bei sechs von 37 untersuchten Patienten Wurmbefall beobachten, Paetzold (42) bei neun von 67 untersuchten Patienten; Zaun und Athanassiadis (55) bei zwei von 24 untersuchten Patienten und Bürke (10) bei sechs von 72 Patienten.

Zwischen Wurmbefall und der Prurigo simplex subacuta können wir keinen Zusammenhang erkennen. Bei keinem unserer Patienten gelang der Nachweis von Wurmeiern im Stuhl, obwohl 40 Patienten hierauf untersucht worden sind.

4.6.6. Fokalinfektionen

Auch auf Fokalinfektionen wird immer wieder aufmerksam gemacht (3, 42, 55). Bohnstedt (3) berichtet von zwölf Patienten, die auf Foci im Hals-Nasen-Ohren- und Zahn-Bereich untersucht worden sind. Bei vier Patienten entdeckte er einen Anhalt für einen Focus.

Paetzold (42) sah nur drei Patienten von 67 mit möglichen Foci in seinem Patientengut. Die Prurigoeffloreszenzen heilten hier nach erfolgter Focussanierung ab.

Zaun und Athanassiadis (55) nehmen eine zurückhaltende Stellung gegenüber des Kausalzusammenhanges zwischen Herdinfekten und Prurigo simplex subacuta ein. Unter ihrem Patienten-gut mit 61 Patienten sahen sie 41 Patienten mit Fokalinfektionen. Nur sind sie der Meinung, man dürfte diesen Befund nicht überbewerten, da chronische Tonsillitiden und Zahngranulome normalerweise schon recht häufig vorkommen. Außerdem weisen 21 der 22 Patienten mit odontogen Herden Störungen an anderen Organen auf. Auch unter den 19 Patienten mit Fokalinfektionen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich hatten 16 Patienten teilweise mehrere zusätzlich bestehende Krankheiten mit fraglicher pathogenetischer Bedeutung. In Einzelfällen konnten sie eine Abheilung der Prurigo simplex subacuta nach Herdsanierung verzeichnen.

Auch Bürke (10) berichtet in seiner Arbeit von 12 Patienten mit beherdeten Zähnen und von 17 mit chronischer Tonsillitis. Obwohl bei 11 Patienten eine Tonsillektomie durchgeführt wurde und vier Patienten zahnärztlich behandelt wurden, konnte er nach diesen Behandlungen von keiner Abheilung der Prurigo simplex subacuta berichten.

26 unserer Patienten wurden in der Zahnklinik auf mögliche odontogene Herde untersucht. Von diesen zeigten vier Patienten Veränderungen, welche eventuell einen Herd darstellen könnten und drei Patienten beherdete Zähne. In der Hals-Nasen-Ohrenklinik wurden 36 Untersuchungen durchgeführt. Die eindeutige Diagnose "Focus" wurden nicht gestellt. In acht Fällen galten die Tonsillen als möglicher Focus und zwei Patienten hatten eine chronische Kieferhöhlenentzündung. Auch uns erscheint aus diesen Angaben heraus der Zusammenhang Prurigo simplex subacuta und Fokalinfektionen fraglich. Also schließen wir uns der Meinung von Zaun und Athanassiadis (55) an.

4.6.7. Psychische Auffälligkeiten und Störungen aus dem psychiatrischen Formenkreis

Schwierig war es, retrospektiv zu beurteilen, ob sich unsere 14 Patienten aufgrund der juckenden Hautveränderungen psychisch auffällig verhielten oder ob dieses Verhalten eine andere Ursache hatte.

Erstaunlich war jedoch, daß 23 Patienten (24,5 %) eine gewisse Tendenz zur Selbstbeschädigung, d.h. Artefakten, zeigten. Die Kratzeffekte beschränkten sich hier nicht typischerweise auf die Prurigoeffloreszenzen. Artefakte sollen vorwiegend vom psychopathischen Patienten erzeugt werden (8).

Auch Mali (38) beobachtete bei seinen Patienten psychischen Streß.

Greither (20) weist ebenfalls darauf hin, daß psychosomatische Faktoren eine Rolle spielen würden.

Burton (11) meint, die Ätiopathogenese sei unbekannt, jedoch scheinen ihm die Patienten unter Streß zu stehen und schwerwiegende emotionale Schwierigkeiten zu haben.

Schnyder (47) ist der Auffassung, die Patienten mit Prurigo simplex subacuta sollten psychiatrisch untersucht werden, um psychogene Komponenten zu erfassen respektive auszuschließen, falls keine anderen Realisationsfaktoren in Frage kommen.

Bei weiteren 10 Patienten (11,7 %) unseres Patientengutes ergab eine psychosomatisch/psychiatrische Untersuchung Diagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis. Ein Patient befand sich schon seit vier Jahren in psychiatrischer Behandlung.

Diese Ergebnisse und die Hinweise aus der Literatur lassen doch vermuten, daß die psychische Verfassung dieser Patienten eine gewisse Rolle spielen kann.

Interessant ist ebenfalls, daß oftmals Psychopharmaka zur Anwendung kamen und diese dann auch gute Erfolge zeigten. Alle diese Punkte machen deutlich, daß man gerade bei Prurigo-simplex-subacuta-Patienten auf deren psychische Konstitution achten sollte, um hier eventuelle Faktoren zu erfassen.

4.6.8. Sonstige Störungen

Außerdem wird in der Literatur auf die Prurigo simplex subacuta bei lymphatischer Leukämie und Lymphogranulomatose hingewiesen (8, 16, 17, 19, 40).

In unserem Patientengut befand sich jedoch kein Patient mit einer derartigen Erkrankung.

In dem Patientengut von Bohnstedt (3) ist ein Patient mit Morbus Hodgkin von 37 Patienten festgestellt worden. Zaun und Athanassiadis (55) sahen einen Patienten von 18 mit Lymphogranulomatose.

Die lymphatische Leukämie und Lymphogranulomatose sind nach Durchsicht unserer Krankengeschichten für unser Patientengut bedeutungslos gewesen.

4.7. Therapie

Bei der Therapie wird in den Literaturangaben zwischen Beseitigung der Ursache und symptomatischen Maßnahmen unterschieden (8, 17). Auf jeden Fall sollten eventuell aufgedeckte

Begleitstörungen beseitigt werden. Symptomatische Maßnahmen sollten ergänzend hinzukommen (47). Können keine pathologischen Veränderungen mit der Prurigo simplex subacuta in Beziehung gebracht werden, so müssen sich die Therapiemaßnahmen auf eine symptomatische Behandlung beschränken.

Bei unseren Patienten sprachen fast alle gut auf eine symptomatische Therapie an. Hier kamen meist Zinkpasten mit verschiedenen Zusätzen und juckreizlindernde Maßnahmen zur Anwendung. Auch die Psychopharmaka bewährten sich bei unseren Patienten gut. Sie haben gleichfalls eine günstige Wirkung auf den Juckreiz und auf Symptome wie Unruhe, Nervosität und Schlaflosigkeit (1, 52). Eine Darmsanierung wurde bei 13 Patienten versucht. Auch diese Patienten zeigten in Kombination mit Lokalmaßnahmen Besserungen. Welchen Einfluß die Hospitalisierung selbst auf die Genesung unserer Patienten hatte, ist schwer zu beurteilen. Schnyder (47) sieht diese schon allein als ein wirksames Mittel an.

Nachdem diese Krankheit leider zur Chronizität neigt, kommt es nicht immer zur endgültigen Abheilung.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Die Prurigo simplex subacuta ist eine relativ häufig vorkommende Krankheit, welche die Patienten aufgrund ihres quälenden Juckreizes belastet.

94 Patienten (72 Frauen und 22 Männer), die sich von Anfang 1976 bis Sommer 1986 wegen einer Prurigo simplex subacuta in stationärer Behandlung befanden, wurden retrospektiv untersucht. Die Krankengeschichten wurden genau studiert, um eventuelle Faktoren der Prurigo simplex subacuta darzustellen und mit der Literatur zu vergleichen, da ihre Ätiopathogenese bis heute nicht sicher abgeklärt ist.

Die Ergebnisse der Alters- und Geschlechtsverteilung, Krankheitsdauer, Lokalisation der Effloreszenzen stimmen weitgehend mit denen der Literatur überein.

Die histopathologischen Befunde ließen erkennen, daß die Prurigo simplex subacuta nicht hauptsächlich durch ihr histologisches Bild charakterisiert wird, sondern durch ihr klinisches Bild.

Die Atopie- und Allergiehinweise lassen bei der Prurigo simplex subacuta eine allergische Reaktionsweise vermuten.

Besonders interessierten die gleichzeitig bestehenden Krankheiten und Störungen, da sie in der Literatur als möglich ursächliche Faktoren der Prurigo simplex subacuta erwähnt werden. Störungen der Sexualorgane und chronische Veränderungen der Leber konnten gehäuft festgestellt werden. Eine

Beziehung der Magen-Darm-Störungen zur Prurigo simplex subacuta war schwer zu erkennen. Auffallend waren die häufigen Schilddrüsenstörungen. Fokalinfectionen kamen sehr selten vor und Infestationen, auf welche die Literatur immer wieder hinweist, konnten überhaupt nicht verzeichnet werden. Die psychische Konstitution war bei einigen Patienten auffällig.

Nachdem zu keinem Untersuchungspunkt eine gesicherte Bindung mit der Prurigo simplex subacuta hergestellt werden konnte, fällt es schwer einen standardisierten Frage- und Untersuchungsbogen aufzustellen. Aufgrund unserer Ergebnisse empfehlen wir jedoch:

In der Anamnese immer nach atopischen Krankheiten und Allergien zu fragen. Der Untersuchungsbogen sollte Hautzustand (Seborrhoe/Sebostase), Dermographismus und Atopiezeichen beinhalten. Als allergologische Untersuchungen sollten Blut-eosinophilie und Gesamt-IgE bestimmt werden.

Ebenfalls sollten Prick- oder Epikutan-Testungen durchgeführt werden. Begleitkrankheiten erfordern eine Durchuntersuchung, insbesondere sollte auf Störungen der Sexualorgane, Stoffwechselstörungen, Störungen der Leber und Galle und auf die psychische Verfassung der Patienten geachtet werden.

6. LITERATURVERZEICHNIS

1. Beckmann H, Vogel PG, Braun-Falco O (1976)
Psychotherapie und Psychopharmakotherapie
in der Dermatologie.
Hautarzt 27:525-531
2. Bohnstedt RM (1959)
Veränderungen der Haut in der Schwangerschaft.
In: Gottron HA, Schönfeld W (Hrsg) Dermatologie
und Venerologie, Bd. III/2, Thieme, Stuttgart,
S. 1053-1054
3. Bohnstedt RM (1959)
Prurigo simplex subacuta - ein Stiefkind
der Dermatologie.
Hautarzt 10:22-27
4. Bohnstedt RM (1964)
Krankheitssymptome an der Haut bei Erkrankungen
des Magens, des Darmes und der Leber.
Hautarzt 15:936-939
5. Bohnstedt RM (1965)
Indikationen zur Untersuchung anderer Organe
bei Hautkrankheiten. In: Marchionini A (Hrsg)
Fortschritte der praktischen Dermatologie und
Venerologie, Bd. 5, Springer, Berlin-Heidelberg-
New York, S. 242-253
6. Braun-Falco O (1961)
Zur Kenntnis der Urticaria papulosa chronica.
Med Welt 26:1371-1374

7. Braun-Falco O, v.Eickstedt UM (1957)
Beitrag zur Urticaria papulosa chronica.
Hautarzt 8:534-540
8. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH (1984)
Dermatologie und Venerologie.
Springer, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo
9. Brocq L (1894)
Le prurigo simplex et sa série morbide.
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
Troisième série Tome V:3-36
10. Bürke H (1977)
Urticaria papulosa chronica.
Inaugural-Dissertation an der Ludwig-Maximilians-
Universität München
11. Burton JL, Rook A, Wilkinson DS (1986)
Eczema, Lichen simplex, Erythroderma and Prurigo,
Chapter 12. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG,
Champion RH, Burton JL (eds) Textbook of Dermatology,
Vol. 1. Blackwell Scientific Publications, Oxford-
London-Edinburgh-Boston-Palo Alto-Melbourne, pp. 367-418
12. Degos R (1980)
Dermatologie Mise à jour 1980.
Flammarion Médecine - Sciences, Paris
13. Fitzpatrick TB (1979)
Dermatology in General Medicine.
McGraw Hill Book Company

14. Fleck M (1959)
Urticaria. In: Gottron HA, Schönfeld W (Hrsg)
Dermatologie und Venerologie, Bd. III/1.
Thieme, Stuttgart, S. 265-298
15. Gertler W (1939)
Fallmitteilungen.
Zentralbl Hautkr 62:455
16. Gertler W (1956)
Urtikaria und Urticaria papulosa bei
Retikuloze der Lymphknoten.
Derm Wochenschr 134:815
17. Gloor M, Schnyder UW (1980)
Prurigokrankheiten. In: Korting GW (Hrsg)
Dermatologie in Praxis und Klinik, Bd. II.
Thieme, Stuttgart, S. 1631-1643
18. Gottron HA (1932)
Ausgedehnte Urticaria papulosa bei gleichzeitiger
Erkrankung des Magen-Darmkanals.
Zentralbl Hautkr 41:193
19. Gottron HA (1941)
Lymphogranulomatose mit Werlhofischen Syndromen
und generalisierter Urticaria papulosa.
Derm Wochenschr 113:847
20. Greither A (1970)
On the different forms of prurigo pruritus-prurigo.
Curr Probl Derm Vol. 3, Karger, Basel-München-Paris-
New York, pp. 1-30

21. Greither A (1973)
Die verschiedenen Formen der Prurigo.
Derm Monatsschrift 159:1062-1063
22. Greither A, Tritsch H (1953)
Lichen Vidal urticatus.
Hautarzt 4:200-204
23. Greither A, Tritsch H (1958)
Weitere Beobachtungen über den
sogenannten Lichen Vidal urticatus.
Hautarzt 9:198-203
24. Heller-Sturm (1959)
Urticaria papulosa chronica. In: Thies W (Hrsg)
Verhandlungen dermatologischer Gesellschaften.
Krankendemonstration auf der Wiss. Sitzung der
Münchener Dermatologischen Gesellschaft, 26.02.1958.
Hautarzt 10:233
25. Höfs W (1950)
Urticaria papulosa chronica und Xanthelasma
papillatum et striatum, Chloasma hepaticum bei
Hepatosplenomegalie und Diabetes mellitus.
Derm Wochenschr 122:968
26. Hoischen W, Steigleder GK (1966)
Überempfindlichkeit gegen Progesteron bei
Prurigo mit prämenstrueller Exacerbation.
Dtsch med Wschr 91:398-399
27. Holmes RCH, Black MM (1983)
The specific dermatoses of pregnancy.
J Am Acad Dermatol 8:405-412
28. Hundeiker M (1986)
Prurigokrankheiten.
Zentralbl Haut 152:656

29. Jorizzo JL, Gatti ST, Smith EB (1981)
Prurigo: A clinical review.
J Am Acad Dermatol 4:723-728
30. Keining E, Braun-Falco O (1961)
Dermatologie und Venerologie.
F.J. Lehmanns Verlag, München, S. 418-422
31. Kogoj FR (1961)
Die morphologischen Aspekte der Prurigo.
Z Haut- Geschlechtskr 31:37-51
32. Kogoj FR (1962)
Urticaria, Strophulus, Prurigo, Pruritus.
In: Marchionini A (Hrsg) Handbuch der Haut- und
Geschlechtskrankheiten. J. Jadassohn Ergänzungswerk
Bd. II/1. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg,
S. 475-544
33. Korting GW, Denk R (1974)
Dermatologische Differentialdiagnose.
Schattauer, Stuttgart-New York
34. Kühn HA, Schirmeister J (1982)
Innere Medizin.
Springer, Berlin-Heidelberg-New York
35. Lever WF, Schaumburg-Lever G (1983)
Histopathology of the Skin.
J.B. Lippincott Company, Philadelphia
36. Linser K (1967)
Der wetterbedingte Biotropismus. Hautkrankheiten,
die sich zur bioklimatischen Behandlung eignen.
In: Marchionini A (Hrsg) Handbuch der Haut- und
Geschlechtskrankheiten. J. Jadassohn Ergänzungswerk.
Springer, Berlin-Heidelberg-New York, S. 825

37. Lutz W (1963)
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Karger, Basel-New York

38. Mali JWH (1967)
Prurigo simplex subacuta - a group of cases
with atopic background.
Acta derm venereol 47:304-308

39. Mali JWH, Kuiper JP (1968)
Atopic seborrheic prurigo.
Dermatologica 136:400-403

40. Meusger A (1979)
Leukämien. Prurigoartige und lichenoid Exantheme.
In: Marchionini A (Hrsg) Handbuch der Haut- und
Geschlechtskrankheiten. J. Jadassohn Ergänzungswerk
Bd. III/3b. Springer, Berlin-Heidelberg-New York,
S. 497-498

41. Moschella SL, Hurley HJ (1985)
Dermatology Vol. 2.
Saunders Comp., Philadelphia-London-Toronto-Mexico City-
Rio de Janeiro-Sidney-Tokyo

42. Paetzold OH (1962)
Zur Pathogenese der Prurigo.
Hautarzt 13:117-120

43. Rook A (1986)
Skin diseases caused by athropodes and other
venomous or noxious animals. In: Rook A, Wilkinson DS,
Ebling FJG, Champion RH, Burton JL (eds) Textbook of
Dermatology Vol. 2. Blackwell Scientific Publications,
Oxford-London-Edinburgh-Boston-Palo Alto-Melbourne,
pp. 1031-1080

44. Rook A, Savin JA, Wilkinson DS (1986)
Psychocutaneous Disorders. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL (eds) Textbook of Dermatology, Vol. 3. Blackwell Scientific Publications, Oxford-London-Edinburgh-Boston-Palo Alto-Melbourne, pp 2257-2270

45. Salfeld K (1957)
Zur Frage der Abgrenzung von Acne urticata (Caposi), Acne excoriée des jeunes filles und "Neurotic excoriations".
Hautarzt 12:546-549

46. Schirren CG (1967)
Hautveränderungen bei inneren Erkrankungen.
In: Marchionini A (Hrsg) Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. J. Jadassohn Ergänzungswerk, Bd. VIII. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, S. 624-634

47. Schnyder UW (1973)
Prurigokrankheiten.
In: Braun-Falco O, Petzoldt D (Hrsg) Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie, Bd.7. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, S. 211-217

48. Schönfeld W (1957)
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Thieme, Stuttgart

49. Tritsch H, Kantner M (1963)
Neurohistologische Untersuchungen bei Prurigo simplex subacuta.
Arch klin exp Derm 217:355-362

50. Uehara M, Ofuij S (1976)
Primary eruption of prurigo simplex subacuta.
Dermatologica 153:49-56

51. Urbach E (1936)
Urticaria papulosa chronica auf Grundlage
einer Fäulnisdyspepsie.
Derm Wochenschr 102:507

52. Vogel PG, Beckmann H (1976)
Psychotherapeutische Aspekte und Indikationsstellung
in der Dermatologie I.
Hautarzt 27:519-524

53. Winkler M (1927)
Prurigo, Strophulus, Pruritus.
In: Jadassohn J (Hrsg) Handbuch der Haut- und
Geschlechtskrankheiten, Bd. VI/1.
Berlin, S. 302-348

54. Zaun H (1967)
Magensekretion und Haut II.
Arch klin exp Derm 230:340-348

55. Zaun H, Athanassiadis D (1969)
Prurigo simplex subacuta.
Eine charakteristische Hautreaktion bei
Störungen anderer Organe.
Fortschr Med 87:1017-1023

56. Zaun H, Halbauer H (1965)
Magensekretion und Haut I.
Arch klin exp Derm 123:64-72

7. DATENANHANG

Von Anfang 1976 bis Sommer 1986 wurden 94 Patienten wegen einer Prurigo simplex subacuta (Synonym: Urticaria papulosa chronica) klinisch behandelt.

Auswertung der Krankenblätter

Differentialdiagnose bei Aufnahme:

Eine Differentialdiagnose wurde bei 39 Patienten gestellt.

Patienten:

9	Prurigoform des atopischen Ekzems
2	Sekundär impetiginisierte Prurigoform einer Neurodermitis bei parasitärem Befall
9	Prurigoform der Dermatitis herpetiformis
1	Prurigo diabetica
1	Prurigo simplex chronica
2	Prurigo simplex acuta
3	Kontaktekzem (allergisches)
1	Follikulär betontes Ekzem
1	Exsikkationsekszematid
1	Porphyria-cutanea-tarda-Pruritus
2	Lichen ruber
1	Morbus Grover
1	Urtikarielle Vaskulitis
2	Skabies
1	Epizootie
1	Pruritus generalisatus
1	Artefakte

Geschlecht:

72 Frauen

22 Männer

Alter bei Beginn der Erkrankung:

<u>Jahre</u>	<u>weiblich</u>	<u>männlich</u>
9	1	
11 - 20	11	
21 - 30	5	
31 - 40	9	5
41 - 50	11	5
51 - 60	12	1
61 - 70	13	5
71 - 80	4	3
81 - 90	5	2

Bei einem weiblichen und einem männlichen Patienten gab es hierzu keine Altersangabe.

Alter zur Zeit der stationären Aufnahme:

<u>Jahre</u>	<u>weiblich</u>	<u>männlich</u>
11 - 20	4	
21 - 30	6	
31 - 40	11	4
41 - 50	15	5
51 - 60	12	2
61 - 70	13	5
71 - 80	5	4
81 - 90	6	2

Ernährungszustand:	weiblich:	männlich:
Keine Angaben	20	8
Normalgewicht	23	7
Adipositas	27	4
Untergewicht	2	3

Krankheitsdauer - stationärer Aufenthalt:

bis zu einer Woche	14	3
von 1 bis 2 Wochen	20	6
von 2 bis 3 Wochen	16	4
von 3 bis 4 Wochen	15	6
von 4 bis 5 Wochen	6	3
von 5 bis 6 Wochen	1	

Krankheitsdauer anamnestisch:

bis 4 Wochen		2
von 4 Wochen bis 2 Monate	5	4
von 2 Monaten bis 6 Monate	13	5
von 6 Monaten bis 1 Jahr	9	2
von 1 Jahr bis 5 Jahre	25	4
von 5 Jahren bis 10 Jahre	11	2
von 10 Jahren bis 20 Jahre	6	1
mehr als 20 Jahre	2	

Bei drei Patienten keine Angaben hierzu.

Familiepanamnese auf Atopie:

Bei 21 Patienten keine Angaben hierzu

bei 65 Patienten war keine atopische Krankheit in der Familie bekannt

8 Patienten gaben atopische Krankheiten in der Familie an, davon

4 Patienten allergische Rhinitis in der Familie

4 Patienten Asthma bronchiale in der Familie.

Eigenanamnese auf Atopie:

Bei 24 Patienten keine Angaben hierzu

bei 57 Patienten war keine Atopie bekannt

13 Patienten gaben atopische Krankheiten an, davon

3 Patienten allergische Rhinitis

3 Patienten allergisches Asthma bronchiale

5 Patienten atopisches Ekzem

1 Patient atopisches Ekzem + Asthma bronchiale

1 Patient allergisches Asthma bronchiale + allergische Rhinitis.

Allergieanamnese:

10 Patienten gaben Allergien an, davon

1 Patient auf Nickelsulfat

1 Patient auf Meerschweinchen

2 Patienten auf Penicillin

1 Patient auf Epoxidharze

1 Patient auf Mercurochrom

1 Patient auf Kaliumdichromat

1 Patient auf N-phenyl-N-isopropyl-phenylendiamin

1 Patient auf Parabene + N-phenyl-N-isopropyl-p-phenylen-diamin

1 Patient auf Kaliumdichromat + 4-Chlor-2-Oxybenzoesäure-H-Butylamid.

Medikamentenanamnese für andere Krankheiten
als Prurigo simplex subacuta:

19 Patienten machten hierzu keine Angaben
23 Patienten haben keine Medikamente eingenommen
52 Patienten haben Medikamente eingenommen

Folgende Medikamente wurden eingenommen:

Sexualhormone und ihre Hemmstoffe:

3 x Östrogene
2 x Antiandrogene
1 x Gestagene
5 x Kontrazeptiva

Gynäkologika (Klimakteriumtherapeutikum):

1 x Homöopathikum

Schilddrüsentherapeutika:

5 x Schilddrüsenhormone

Antidiabetika:

2 x Sufonylharnstoffe
2 x Insulin

Corticoid-Interna: 2 x

Kardiaka (Herzglykoside):

- 19 x Digitalis lanata
- 1 x Digitalis lanata Glykoside und Koronarmittel
- 1 x Scilla und Strophantus
- 1 x Crataegus-Pflanzenauszüge

Koronarmittel:

- 6 x Nitrate / Nitrite
- 1 x Molsidomin

Antihypertonika:

- 7 x Kombination mit Diuretika

Aldosteran-Antagonisten:

- 4 x Kombinationen

Antiarrhythmika:

- 1 x vom Lidocaintyp

Durchblutungsfördernde Mittel:

- 1 x pflanzliche
- 1 x Kombination mit Sympatholytika
- 1 x Muskulutrope Vasodilatoren
- 1 x Purinderivate

Antihypotonika:

- 2 x Adrenergene Substanzen
- 1 x Kombinationen

Diuretika:

2 x kurz wirkende Saluretika

Gichtmittel:

1 x Urikosurika

3 x Urikostatika

Urologika:

1 x Miktions-beeinflussende Mittel

Magen-Darm-Mittel:

1 x Motilitäts-beeinflussende Mittel

1 x Karminativa

1 x Antacida

Antidiarrhoica Antidyspeptika:

1 x Mikroorganismen oder deren Stoffwechselprodukte

Laxantia:

2 x chemische

5 x pflanzliche

Spasmolytika:

1 x synthetische Kombination

1 x Kombination mit Analgetika

Cholagoga und Gallentherapeutika:

3 x Pflanzenkombination

Lebertherapeutika:

1 x Kombination mit Vitaminen und ungesättigten Fettsäuren

Vitamine:

1 x Vitamin B

Mineralstoffpräparate:

1 x Kaliumpräparat

Tuberkulosemittel: 2 x

Antitussiva Expoktorantien: 1 x

Broncholytika / Antiasthmatika:

1 x Theophyllin und Derivate

1 x Purine und Ephedrin und/oder andere Stoffe

Analgetika / Antirheumatika:

3 x Anthranilsäure/Arylessigsäure + Arylpropionsäure-Derivat

1 x Kombination mit Salicylsäure-Derivaten

1 x Kombination mit Codein und Derivaten

Analgetika / Antipyretika:

1 x Phenacetinabusus

Migränemittel:

1 x kombiniert mit Ergotamin und anderen Stoffen

Psychopharmaka:

Tranquillantia, Anxiolytika

7 x Benzodiazepine

1 x andere

2 x Neuroleptika

Hypnotika / Sedativa:

3 x Benzodiazepine

1 x Kombination

1 x Barbiturat

4 Präparate nicht in der "Roten Liste".

Medikamentenanamnese für vorher angewandte Therapeutika
für Prurigo:

19 Patienten keine Angabe

39 Patienten keine Therapeutika

36 Patienten Therapeutika vorher angewandt

14 x Corticoid-Externa

12 x Antihistaminika

5 x Insidon

5 x Hautpflege

3 x Antibiotika

3 x UV-Bestrahlung

3 x Jacutin

2 x Antipruriginosa-Externa

1 x Corticoid-Interna

1 x Zinksalbe

1 x Teertinkturen

1 x Teersalbe

1 x Eigenblutinjektion

1 x Hefe-Jod

Verstärkung des Juckreizes:

Zunahme des Juckreizes:

Patienten:

- 14 machten Angaben hierzu, davon
- 8 nachts
- 2 abends
- 1 abends, nachts, nach seelischer Belastung und Wärme
- 1 Aufregung
- 1 Alkohol
- 1 Bier und Kaffee

Anamnese auf Auftreten und Verschlechterung der
Prurigo simplex subacuta:

Patienten:

- 6 Angaben hierzu, davon
- 1 nach psychischer Belastung
- 1 im Sommer und bei Schwitzen
- 1 meist im Herbst
- 1 vor allem im Herbst und Winter
- 1 nach Einnahme von Bactrim erneute Hautveränderungen
- 1 nach Tetracyclininjektionen erneute Hautveränderungen

Anamnese auf Besserung oder Abheilung der
Prurigo simplex subacuta:

Patienten:

- 5 Angaben hierzu, davon
- 4 Abheilung während des Urlaubes am Meer
und in der Sonne
- 1 Besserung während längerer Arbeitspausen

Anamnese auf erstmaliges Auftreten der
Prurigo simplex subacuta:

Patienten:

- 13 Angaben hierzu, davon
 - 3 zur Zeit der Menarche
 - 2 zur Zeit der Menopause
 - 1 seit Hüftgelenksoperation
 - 1 seit Blinddarmoperation
 - 1 nach Absetzen der psychiatrischen Behandlung
 - 1 seit der Trennung vom Ehemann
 - 1 nach Penicillingabe
 - 1 seit i.m.-Injektionen für Bandscheibenbeschwerden
 - 1 nach grippalem Infekt
 - 1 nach Abmagerungskur

Lokalisation des Beginns der Effloreszenzen:

Patienten:

- 52 keine Angaben hierzu
- 42 Angaben hierzu, davon
 - 5 Rücken
 - 5 Unterarme
 - 4 Beine
 - 3 Arme
 - 3 Unterschenkel
 - 2 li. Oberarm
 - 2 Streckseiten Arme
 - 2 Nacken
 - 2 Axillär
 - 2 Brustausschnitt
 - 1 re. Arm

- 1 Oberarm, Oberschenkel
- 1 Hand- und Fußrücken
- 1 Unterarme und Hände
- 1 Hand und Rücken
- 1 Kreuzbein
- 1 Hände
- 1 Füße
- 1 Gesicht und Arme
- 1 am ganzen Körper
- 1 Bauchregion
- 1 Gesicht

Lokalisation:

Betroffene Körperregionen nach Häufigkeit geordnet:

- 77 x Streckseiten Unterarme
- 76 x Streckseiten Oberarme
- 75 x Streckseiten Oberschenkel
- 75 x Pelerinenbereich
- 71 x Streckseiten Unterschenkel
- 62 x Brust
- 57 x Glutealregion
- 57 x Lumbalregion
- 55 x Beugeseite Oberschenkel
- 54 x Beugeseite Unterarme
- 52 x Beugeseite Unterschenkel
- 51 x vordere Ausschnittregion
- 51 x Sakralregion
- 50 x Beugeseite Oberarme
- 49 x Abdomen
- 37 x Hals hinten (Nacken)
- 36 x Hals vorne

Fortsetzung Lokalisation:

35 x Handrücken
31 x Gesicht
27 x Fußrücken
6 x Capillitium

Seborrhoiker / Sebostatiker:

Patienten:

18 Angaben hierzu, davon
3 Seborrhoiker
15 Sebostatiker

Dermographismus:

Patienten:

44 Angaben hierzu, davon
34 rot
10 weiß

Atopiezeichen:

16 Patienten zeigten eines oder mehrere dieser Zeichen.

12 x Ichthyosis-Hand
5 x Hertoghe'sches Zeichen
5 x infraorbitale Atopiefalte
2 x pelzkappenartiger Haaransatz

Hautkrankheiten, die zusätzlich bestanden:

35 Patienten machten Angaben hierzu.

13 x Varikose

5 x chronisch venöse Insuffizienz

5 x Tinea (pedum und/oder manuum)

5 x Onychomycosis

4 x Exsikkationsekszematid

3 x Akne und davon 2 x schwacher Hirsutismus

2 x Lichen sclerosus et atrophicus

2 x Unterschenkeleczem, davon 1 x allergisches Kontakteczem

2 x Pediculosis capitis

1 x Pediculosis capitis und vestimentorum

1 x Psoriasis vulgaris (zur Zeit erscheinungsfrei)

1 x Lichen ruber exanthematicus

1 x Analeczem

1 x Handeczem

1 x wandernde Erytheme

1 x Ecthymata

1 x rezidivierende Furunkulosen

1 x Erythrasma im Inguinalbereich

1 x Candida-Intertrigo

Bei 4 Patienten bestand eine Impetiginisation.

BKS (1-Stundenwerte):

Patienten:

33 Normalwerte	(Frauen 6 - 15 mm, Männer 3 - 10 mm)
19 leichte Senkungsbeschleunigung	(Frauen 15 - 20 mm, Männer 10 - 20 mm)
19 deutliche Senkungsbeschleunigung	(Frauen und Männer 20 - 50 mm)
6 starke Beschleunigung	(Frauen und Männer 50 - 90 mm)
2 stärkste Beschleunigung	(Frauen und Männer über 90 mm)
15 verlangsame Beschleunigung	(Frauen $\leq$ 6 mm, Männer $\leq$ 3 mm)

Blutbild:

18 Patienten zeigten Abweichungen von der Norm,
davon insgesamt veränderte Werte:

- 10 x Eosinophilie
- 4 x Hämoglobin erniedrigt
- 2 x Erythrozyten erniedrigt
- 2 x Thrombopenie
- 2 x Stabkernige erhöht
- 1 x Thrombozyten erhöht
- 1 x Leukozytose

Blutchemie:

31 Patienten zeigten Abweichungen von der Norm,
davon insgesamt veränderte Werte:

- 17 x Gamma-GT erhöht
- 10 x alkalische Phosphatase erhöht
- 5 x GOT erhöht
- 5 x GPT erhöht
- 4 x Creatinin erhöht
- 4 x Cholesterin erhöht
- 3 x Triglyceride erhöht
- 3 x Harnstoff erhöht
- 3 x Bilirubin erhöht
- 3 x Albumine erniedrigt)
- 3 x Gamma-Globuline erhöht) Elektrophorese
- 2 x Beta-Globulin erhöht)
- 1 x Cholinesterase erhöht
- 1 x Cholinesterase erniedrigt
- 1 x Alpha-Amylase erhöht
- 1 x CK erhöht
- 1 x LDH erhöht
- 1 x Harnsäure erhöht
- 1 x K⁺ erniedrigt
- 1 x Fe⁺⁺ erniedrigt

Urinstatus:

18 Patienten zeigten Abweichungen von der Norm,

davon insgesamt veränderte Werte:

10 x Leukozyten vermehrt

6 x Epithelien positiv

5 x Bakterien vermehrt,

davon 2 x mehr als 1 Mill. Keime)

1 x Klebsiella positiv) Uricult

1 x E.coli positiv)

3 x Eiweiß positiv

2 x Zucker positiv

2 x Erythrozyten vermehrt

1 x hyaline Zylinder positiv

1 x Urate positiv

1 x Nitrit positiv

Stuhl auf Wurmeier:

40 Patienten untersucht

40 x negative Ergebnisse

Mykologie:

Stuhl bei 31 Patienten untersucht.

Bei 22 Patienten positive Ergebnisse:

2 Patienten Geotrichum candidum

19 Patienten Candida albicans

1 Patient Torulopsis-Spezies

Epidermophytie / Onychomykose:

29 Patienten untersucht.

15 Patienten positive Ergebnisse, davon:

Zehenzwischenräume: 2 x nativ positiv
1 x nativ positiv + Kultur
Trichophytum rubrum
1 x Kultur Schimmelpilze

Fußsohle: 2 x nativ positiv
1 x nativ positiv + Kultur Schimmelpilze

Zehennägel: 1 x nativ positiv
2 x nativ positiv + Kultur Schimmelpilze
2 x Kultur Schimmelpilze

Hand: 1 x nativ positiv + Kultur Schimmelpilze
2 x Kultur Schimmelpilze

Inguinal / perianal: 1 x Kultur Saccharomyces cervisides

Genital: 1 x Kultur Candida albicans

Mundschleimhaut: 1 x Kultur Candida albicans
1 x Kultur Torulopsis-Spezies

Histologischer Befund:

Bei 34 Patienten wurde eine histologische Untersuchung durchgeführt, davon:

17 x vereinbar mit Prurigo simplex subacuta
17 x unvereinbar mit Prurigo simplex subacuta, hiervon
4 x Vaskulitis

Fortsetzung Histologischer Befund:

- 3 x normale Struktur
- 2 x Iktusreaktion
- 2 x am ehesten Arzneimittelreaktion
- 1 x oberflächlich urtikarielle Reaktion mit
 oberflächlicher Vaskulitis
- 1 x oberflächliche Dermatitis
- 1 x Ekzem
- 1 x Prurigoform eines atopischen Ekzems
- 1 x Miliaria rubra
- 1 x keine sichere Diagnose

Direkte Immunfluoreszenz:

20 Patienten wurden daraufhin untersucht.

Bei 6 Patienten fanden sich positive Ergebnisse, davon sind:

- 3 Patienten IgM- und C₃-Ablagerung um Gefäße
- 2 Patienten IgM-Ablagerung um Gefäße
- 1 Patient C₃-Ablagerung um Gefäße

Immunstatus:

11 Patienten wurden überprüft.

Bei 10 Patienten fanden sich positive Reaktionen:

Anti-D-Nase:

Patienten:

20 wurden untersucht, davon:

17 keine positiven serologischen Ergebnisse

1 verdächtig

2 positiv

Antistreptolysin O:

Patienten:

28 wurden untersucht, davon:

27 keine positiven serologischen Anhaltspunkte

1 positiv

Antihyaluronidase:

Patienten:

11 wurden untersucht, davon:

9 keine positiven serologischen Anhaltspunkte

2 positiv

Antistaphylosin T:

Patienten:

13 wurden untersucht, davon:

12 keine positiven Anhaltspunkte

1 positiv

C-reaktives Protein:

Patienten:

19 wurden untersucht, davon:

13 negativ

6 positiv

Rheumafaktor:

Patienten:

19 wurden untersucht, davon:

17 negativ

2 positiv

Immunglobulin:

Patienten:

13 Patienten wurden untersucht,

5 Patienten zeigten Veränderungen, davon:

2 Patienten IgG- und IgA-Erhöhung

2 Patienten IgG-Erhöhung

1 Patienten IgM-Erniedrigung

Komplement:

8 Patienten wurden untersucht,

2 Patienten zeigten Veränderungen, davon:

1 Patient C₃-Erhöhung

1 Patient C₃- und C₄-Erhöhung

Indirekte Immunfluoreszenz:

13 Patienten wurden untersucht,

2 Patienten zeigten unspezifische Titer auf
antinukleäre Antikörper

IgE:

Bei 56 Patienten bestimmt, davon:

27 Patienten bis 100 U/ml

23 Patienten von 100 U/ml - 600 U/ml

1 Patient von 600 U/ml - 1000 U/ml

1 Patient von 1000 U/ml - 1500 U/ml

4 Patienten mehr als 1500 U/ml

jeweils 1 Patient									
<u>Schimmelpilze:</u>	+			+					
Schimmelpilzmischung								+	
<u>Inhalationsallergene:</u>									
Hausstaubmilbe			+		+	+	+	+	+
Federmischung					+				
A ₁ -Mischung						+			
Hausstaub					+	+			+
Katzenhaare/-schuppen					+	+	+	+	
Pferdehaare/-schuppen					+				
A ₂ -Mischung						+			
Kaninchenhaare/-schuppen							+		

Prick-Test (Nahrung):

21 Patienten wurden getestet.

4 Patienten zeigten positive Reaktionen, davon:

1 Patient auf Gemüse I. (Kartoffel, Sellerie, Zwiebeln)

Gemüse II. (Bohne, Erbse)

Gewürze (Anis, Curry)

Nüsse

Fortsetzung Prick-Test (Nahrung):

1 Patient auf Nüsse
Schalenweichtiere
Fische
Fleisch

1 Patient auf Schalenweichtiere
Bäckerhefe
Hartkäse

1 Patient auf Schalenweichtiere

Epikutan-Test (Standard):

21 Patienten wurden getestet.

4 Patienten zeigten positive Reaktionen, davon:

1 Patient auf Cainemix

1 Patient auf Nickelsulfat und Thiurammix

1 Patient auf Lanolinalkohole und Eucerin anhydricum

1 Patient auf Lanolinalkohole, Eucerin anhydricum und
Terpentinperoxyd

Epikutan-Test (andere Stoffe):

15 Patienten wurden getestet.

2 Patienten zeigten positive Reaktionen, davon:

1 Patient auf Chloramphenicol, Diaminodiphenylmethan
und Penicillindiamin

1 Patient auf Acid oxalicum (Hausfrauenblock)

Gleichzeitig bestehende Krankheiten und Störungen:

Die Angaben beziehen sich auf bereits bekannte Veränderungen und auf die Ergebnisse der Untersuchungen.

Aufgeschlüsselt innerhalb großer organischer Erkrankungs-bereiche.

Gynäkologische Störungen:

Bei 29 von 72 Patienten ergaben sich gynäkologische Störungen.

- 12 x Zustand nach Hysterektomie
- 1 x Zustand nach Ovarektomie
- 10 x Kolpitis, davon
 - 1 x nachgewiesener erniedrigter Östradiolspiegel
 - 4 x Keimbesiedelung (Trichomonaden, Candida)
- 3 x Menstruationsstörungen, davon
 - 1 x nachgewiesener erniedrigter Gonadotropinspiegel
- 1 x klimakterische Beschwerden
- 1 x Uterusmyom mit Hypermenorrhoe
- 1 x Uterus myomatosus mit postmenopausaler Blutung
- 2 x Zustand nach Ablatio mammae
- 1 x Zustand nach Collum-Carcinom (Radiatio)
- 1 x Leukoplakie der Vulva

Störungen des männlichen Genitales:

Bei 6 von 22 Patienten zeigten sich Störungen.

- 4 x Prostata-Adenom
- 1 x Prostata-Karzinom
- 1 x Zustand nach Prostata-Operation

Stoffwechselstörungen:

35 Patienten zeigten Störungen.

- 8 x Diabetes mellitus, davon 2 mit Polyneuropathie
- 6 x latenter Diabetes mellitus
- 10 x Zustand nach Strumaresektion, davon
 - 1 x Struma-nodosa-Rezidiv
 - 1 x Struma-Rezidiv mit kaltem Knoten
- 5 x Struma
- 2 x Hyperthyreose
- 1 x autonomes dekompensiertes Schilddrüsen-Adenom
- 3 x Gicht
- 1 x Hyperlipidämie Typ V
- 1 x Hyperlipidämie Typ IV

Herz-Kreislauf-Störungen:

24 Patienten zeigten Störungen.

- 12 x Hypertonus
- 10 x Herzinsuffizienz
- 4 x Angina pectoris
- 2 x Zustand nach Herzinfarkt
- 2 x Mitralvitium
- 2 x Zustand nach apoplektischem Insult
- 1 x fibrosierende Alveolitis mit pulmonaler Hypertonie und chronischem Cor pulmonale

Magen-Darm-Störungen:

26 Patienten zeigten Störungen:

- 16 x vegetativ funktionelle Beschwerden
- 3 x Zustand nach 2/3-Resektion des Magens
- 1 x Zustand nach 2/3-Resektion des Magens
mit chronischer Gastritis und Durchfällen
- 1 x Zustand nach 2/3-Resektion des Magens,
chronischer Gastritis, Erbrechen, Durchfälle
und Refluxösophagitis bei Hiatusgleithernie
- 4 x Divertikulose
- 1 x polypöses Gebilde der Magenwand
- 1 x chronische Proktitis
- 1 x Magenschleimhautveränderungen
- 1 x rezidivierende Ileusneigung

Leber-Galle-Störungen:

36 Patienten zeigten Störungen:

- 20 x Fettleber oder diffuser Leberparenchymschaden
- 9 x Cholecystolithiasis
- 1 x Steingallenblase
- 8 x Zustand nach Cholecystektomie
- 2 x Hepatomegalie
- 2 x Cholestase
- 1 x Leberzirrhose
- 4 x Immunität gegen Hepatitis A
- 2 x Zustand nach Hepatitis B
- 1 x Zustand nach Hepatitis A
- 2 x solitäre Leberzysten
- 1 x leichte Leberstauung

Milz- und Pankreas-Erkrankungen:

Hier wurden keine Erkrankungen festgestellt.

Blasen-Nieren-Störungen

14 Patienten zeigten Störungen:

- 9 x Harnwegsinfekt
- 2 x kompensierte Niereninsuffizienz
- 3 x Nierenzyste (solitär)
- 1 x chronische Pyelonephritis
- 1 x Reizblase

Auffällige Befunde der Zähne:

7 Patienten zeigten auffällige Befunde:

- 3 x beherdeter Zahn
- 1 x möglicherweise beherdeter Zahn
- 2 x Zyste
- 1 x Zahngranulom

Hals-Nasen-Ohren-Störungen:

10 Patienten zeigten Störungen:

- 8 x Tonsillen als Fokus möglich
- 2 x chronische Kieferhöhlenentzündung

Veränderungen aus dem psychiatrischen Formenkreis:

11 Patienten zeigten Störungen:

- 5 x Depressionen, davon 1 x seit 3 Monaten in nervenärztlicher Behandlung
 - 1 x vorwiegend hypochondrische Beschwerden bei Minderbegabung
 - 1 x Altersdepression

Fortsetzung Veränderungen aus dem psychiatrischen Formenkreis:

- 1 x neurotische Persönlichkeitsstruktur überwiegend narzistischer Prägung
- 1 x Diagnose z.B. Schizophrenie
- 1 x Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- 1 x hirnorganisches Psychosyndrom (Arteriosklerose)
- 1 x präsenile Demens mit psychischer Belastung
- 1 x kontinuierliche psychiatrische Behandlung in den letzten 4 Jahren

Psychische Auffälligkeiten:

- 14 Patienten verhielten sich psychisch auffällig. Unter anderem wirkten diese ängstlich und gaben Nervosität und Schlaflosigkeit an oder hatten familiäre Probleme.

Artefakttendenz:

- 23 Patienten waren davon betroffen. Sie zeigten unter anderem handgelenkige Verteilung der Exkoriationen sowie strichförmige Exkoriationen.

Sonstige gleichzeitig bestehende Krankheiten:

- 1 x Retrobulbärneuritis
- 2 x Megaloblastenanämie bei Magenresektion
- 1 x unklare Leukozytose
- 1 x Eisenmangelanämie (bei Verdacht auf Neoplasma)
- 1 x Trisomie 21
- 1 x Miliartuberkulose
- 1 x Zustand nach aktiver Lungentuberkulose.

Differentialdiagnose bei Entlassung:

Bei 10 Patienten kamen eine oder mehrere Differentialdiagnosen in Betracht.

- 4 x Prurigoform einer Neurodermitis, davon 1 Patient
zusätzlich symptomatische Prurigo hepatica
- 2 x Skabies
- 1 x Insektenstiche
- 1 x generalisierter Pruritus bei Diabetes mellitus
und Leberzellschaden
- 1 x Artefakte
- 1 x taktile Halluzinose

Therapie:

Angewandte Therapeutika, die zu einer Besserung der Prurigo simplex subacuta beitrugen:

- 64 x Zinkpasten mit verschiedenen Zusätzen, z.B. Ichthyol,
Vioform, Phenol oder Tannin
- 74 x kortikoidhaltige Externa
- 17 x Thesit
- 45 x Antihistaminika

- Psychopharmaka:
- 37 x Insidon
 - 2 x Haldol
 - 4 x Atarax
 - 2 x Tranxilium
 - 1 x Lexotanil

- Darmsanierung:
- 6 x Münchner Schema (Tetracyclin und
Nystatin kombiniert)
 - 5 x Amphomoronal
 - 1 x Tetracyclin und Perenterol
 - 1 x Vibramycin und Perenterol

Fortsetzung Therapie:

- 54 x Hautpflege (Unguentum emulsificans, Hautsalbe, etc.)
- 3 x Dermojet (Volon A, Kristallsuspension)
- 2 x teerhaltige Externa
- 1 x UV-Bestrahlung
- 2 x UV-B-Bestrahlung
- 1 x UV-A-Bestrahlung
- 1 x PUVA

8. DANKSAGUNG

Herrn Prof.Dr.Dr.h.c.O.Braun-Falco danke ich vielmals für die Vergabe und Unterstützung der vorliegenden Dissertationsarbeit.

Bei Herrn Dr.R.Gollhausen bedanke ich mich bestens für die freundliche Betreuung bei der Bearbeitung des Themas.

9. **LEBENS LAUF**

Am 23. Juni 1958 wurde ich, Ingrid Füsgen, als Tochter des Dipl.-Ing. Hans Füsgen und seiner Ehefrau Liselotte in Düsseldorf-Benrath geboren.

Von 1965 bis 1968 besuchte ich die Volksschule in Ratingen-Lintorf, von 1968 an die Suitbertusschule - Gymnasium für Mädchen - in Düsseldorf-Kaiserswerth, wo ich 1977 mein Abitur ablegte.

Von 1977 bis 1978 studierte ich zwei Semester Humanmedizin an der Universität Innsbruck und von 1978 bis 1979 ein Semester Rechtswissenschaften in Bonn.

Von 1979 bis 1983 Studium der Humanmedizin an der Universität Düsseldorf, 1983 bis 1985 an der Universität Wien.

Nach Bestehen der ärztliche Prüfung in Düsseldorf erhielt ich am 10. Juni 1985 meine Approbation als Arzt. Anschließend Prüfungen an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien mit Abschluß Dr.med.univ.

Seit Mai 1986 bin ich aushilfsweise als Musterungsvertragsärztin beim Kreiswehrrersatzamt in München tätig.

